

**Le partage clandestin d'honoraires
dans la profession médicale :
LA DICHOTOMIE**

THÈSE

SOUTENUE

DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

POUR LE DOCTORAT EN DROIT

PAR

Jacques SAYN



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552405_0059

Le partage clandestin d'honoraires
dans la profession médicale : La dichotomie

**Le partage clandestin d'honoraires
dans la profession médicale :
LA DICHOTOMIE**

THÈSE

SOUTENUE

DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
POUR LE DOCTORAT EN DROIT

PAR

Jacques SAYN



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

UNIVERSITE DE LYON - FACULTÉ DE DROIT

Doyen honoraire

M. JOSSERAND, O. ✱, ✎ I., Conseiller à la Cour de Cassation.

Professeurs honoraires

MM. API-LETON (Jean), O. ✱, ✎, ✎ I.

JOSSERAND, O. ✱, ✎ I.

LAMEIRE, ✱, ✎ I.

PIC (Paul), O. ✱, ✎ I.

LAMBERT (Edouard), O. ✱, ✎ I.

Doyen

M. GARRAUD (Pierre), ✱, ✎, ✎ I.

Assesseur

M. ROUBIER, ✎ I.

Professeurs

MM. LÉVY, O. ✱, ✎ I., Professeur de *Droit civil*.

GONNARD, ✱, ✎, ✎ I., Professeur d'*Economie politique*.

PERROUD, ✱, ✎, ✎ I., Professeur de *Procédure civile*.

COHENDY (Georges), ✱, ✎ I., Professeur de *Droit commercial général*

GARRAUD (Pierre), ✱, ✎, ✎ I., Professeur de *Droit criminel*.

ROUBIER, ✎ I., Professeur de *Droit civil*.

FALLETTI, ✎ A., Professeur de *Droit romain*.

LAMBERT (Jacques), ✎ A., Professeur d'*Etude des institutions internationales d'organisation de la Paix*.

DE LAPLANCHE, ✎ A., Professeur d'*Histoire du Droit français*.

NICOLAS, ✎, ✎ I., Professeur de *Droit administratif*.

PHILIP, ✎ A., Professeur de *Science financière et de Législation française des Finances*.

AUIAGNON, ✱, ✎ I., Professeur de *Droit civil*.

SCHATZ, ✱, ✎ I., Professeur d'*Economie Politique*

M^{me} BASTID, Professeur de *Droit International Public*.

Professeurs sans chaire

M. BASTID.

Agrégés

MM. RICHARDOT, chargé d'un cours d'*Histoire du Droit*.

TREVoux, chargé d'un cours d'*Economie Politique*.

Chargés de cours

MM. CONDOMINE, ✎ I., *Droit civil et Droit public* (Capacité, 2^e année).

PELLoux, *Droit administratif*.

MEMBRES DU JURY

M. ROUBIER, Professeur à la Faculté de Droit, *président*.

M. le Dr E. MARTIN, Professeur à la Faculté de Médecine.

M. TRÉVOUX, Agrégé à la Faculté de Droit.

{ *assesseurs.*

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	1
---------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

L'ASPECT PROFESSIONNEL

<i>Chapitre premier. — DÉFINITION ET HISTORIQUE</i>	5
<i>Section I. — Les Commissions occultes dans les professions</i>	5
a) Le Commerce et l'Industrie	6
b) Le Barreau	7
c) Les Ingénieurs	7
<i>Section II. — La Commission occulte en Médecine :</i>	
<i>la Dichotomie</i>	8
a) Définition	8
b) Conditions d'existence	10
Clandestinité.	
Absence de services rendus.	
c) Caractéristiques	11
d) Différents degrés	13
e) Les dérivés de la Dichotomie (rabattage et compéragé)	15
<i>Section III. — Historique</i>	16
a) Puissance des chirurgiens au XVIII ^e siècle ..	16
b) Les cas d'espèce dans l'histoire	17
Les Delorme sous Henri IV.	
Le médecin de Louis XIV, Daquin.	

c) Origines de la Dichotomie	18
1° <i>La prime d'assurance de Péan, Poirier Doyen, origine chirurgicale de la part des grands pontifes; vérification scientifique de cette thèse.</i>	
2° <i>Thèse du Docteur Buizard: origine médico-médicale à propos de l'opération à domicile. Inexactitude de cette thèse.</i>	
3° <i>Conclusions : née à Paris, de chirurgiens.</i>	
d) Développement de la Dichotomie	20
1° <i>Influence de la guerre : inflation chirurgicale.</i>	
2° <i>Ce que serait l'après-guerre : article prophétique de Legendre en juillet 1919.</i>	
3° <i>L'état actuel.</i>	
 Chapitre II. — EVOLUTION ET MODALITÉS	 23
Section I. — <i>Les différents aspects du rabattage et du compérage</i>	23
a) <i>Les pompes funèbres</i>	23
b) <i>Le bandagiste</i>	23
c) <i>Les différents articles d'hygiène</i>	24
d) <i>Le compérage médico-pharmaceutique</i>	26
Section II. — <i>Les différentes modalités de la dichotomie</i>	29
A. <i>Dichotomie médico-médicale</i>	29
a) <i>La dichotomie de consultation.</i>	
b) <i>Les maisons de santé.</i>	
c) <i>Les examens bactériologiques.</i>	
B. <i>Dichotomie médico-chirurgicale</i>	30
a) <i>Evolution et caractéristiques</i>	31
1° <i>L'offre des chirurgiens.</i>	
2° <i>La demande des médecins.</i>	

3° La surenchère dans le taux.	
4° Le rôle passif de l'opérateur.	
5° De l'isolement à la collectivité de groupe	
b) Pourcentage des chirurgiens et des médecins qui la pratiquent	33
c) Règles du taux	36
1° Concurrence.	
2° Surenchère.	
3° Taux syndical.	
Section III. — <i>La Dichotomie à l'Etranger</i>	37
A. EUROPE : Italie, Autriche, Belgique, Pays Scandinaves, Grande-Bretagne	38-42
B. AMÉRIQUE : « The fee splitting »	42
Chapitre III. — LES CAUSES DE LA DICHOTOMIE	47
A. <i>La misère</i>	47-49
a) Cause de la misère : <i>encombrement de la profession.</i>	
b) <i>Cause de l'encombrement.</i>	
Indulgence aux examens.	
Equivalences aux diplômes étrangers.	
Afflux de nouveaux milieux.	
B. <i>Examen de la pléthore elle-même</i>	49
a) Statistiques de 1935-1936.	
b) Absence de pléthore absolue.	
c) Existence d'une pléthore relative dans certaines spécialités, dans certaines régions.	
C. <i>L'injustice de la clientèle</i>	53
a) Clientèle privée.	
b) Clientèle publique.	
D. <i>La crise de morale professionnelle</i>	56
a) L'attrait intrinsèque de la dichotomie.	
b) L'exemple contagieux de la pratique.	
c) La certitude de la discrétion.	
d) La commercialisation envahissante.	

<i>Chapitre IV. — LES JUSTIFICATIONS DE LA DICHOTOMIE</i>	
ET LEUR VALEUR	69
1° <i>L'argument de la responsabilité en matière de diagnostic chirurgical : Responsabilité morale.</i>	
Responsabilité matérielle	61-67
Réfutation : Il n'y a pas d'accroissement de responsabilité dans un diagnostic chirurgical. Certains diagnostics médicaux sont tout aussi importants. A tort ou à raison les médecins ne demandent pas de suppléments d'honoraires.	
La prétendue responsabilité matérielle se confond avec le risque professionnel.	
2° <i>La disproportion entre les honoraires du médecin et ceux du spécialiste</i>	67
Examen de cet argument :	
a) La vérité qu'il contient.	
b) La possibilité d'une démarche du chirurgien en faveur de son confrère.	
3° <i>L'assistance et l'aide opératoire</i>	71
a) Légitimité d'honoraires.	
b) <i>Perception au moyen</i> : de note séparée. de note commune mais avec indication de parts.	
4° <i>L'ignorance du client à l'égard de l'acte médical</i>	72
Réfutation : l'éducation du public.	
5° <i>Insensibilité du public à l'égard de la dichotomie</i>	73
Réfutation : son insensibilité vient de l'incapacité dans laquelle le plonge la maladie.	
6° <i>Le <i>lucrum cessans</i> pour le traitant</i>	74
Réfutation : dans la pratique actuelle, il n'y perd rien.	
7° <i>La dichotomie salut du malade</i>	75
Réfutation : le mobile du médecin.	
La liberté de jugement qu'il doit avoir.	

8° <i>L'évolution de la Morale</i>	75-76
Réfutation : la stabilité et la permanence des principes.	
<i>Chapitre V. — LES DANGERS DE LA DICHOTOMIE</i>	77
A. — <i>Préjudice porté aux biens du malade</i> (com- pérage et rabattage)	77
B. — <i>Préjudice porté à la santé du malade</i>	78
a) Opérateur non qualifié.	
b) Opérations inutiles... simulées.	
c) Opérateur imposé au malade.	
C. — <i>Préjudice aux confrères loyaux et honnêtes</i>	80
a) Ruine de la confiance du malade envers son médecin.	
b) Concurrence déloyale des dichotomistes.	
c) La substitution du débiteur d'honoraires : la création des Mutuelles Chirurgicales.	

DEUXIÈME PARTIE

L'ASPECT JURIDIQUE

<i>Introduction</i> : le but légal de la médecine : la santé du malade. Moyens employés par le législateur pour y parvenir	84
a) Garantie de capacité.	
b) Garantie de moralité.	
<i>Chapitre premier. — LE LÉGISLATEUR ET LA DICHOTOMIE</i>	87
1° <i>Principe</i> : absence de tout texte concernant directement la dichotomie et ses dérivés	87
a) Explication de cette carence : Par la nature même de la loi. Par la nature de ce phénomène.	
b) Droit comparé :	

La loi Belge du 12 mars 1818, art. 11, 20
et 21 sur les associations entre médecins
et pharmaciens.

c) Appréciation de l'absence de tout texte
en France.

2° *Exceptions* : existence de textes concernant la
discipline professionnelle 90

a) Cas des médecins fonctionnaires (décret
du 9 juin 1934).

b) Cas des médecins participant à l'exécu-
tion des lois sociales.

Art. 7 L. 30 avril 1930.

Art. 26 D. 25 juillet 1930.

Art. 8 D. L. 30 octobre 1935.

R. A. P. 19 mars 1936.

c) Le vote par la Chambre des députés le
9 mars 1932 de la proposition de loi Vallat
sur l'Ordre des Médecins.

Chapitre II. — LA DOCTRINE 97

Section I. — La Doctrine juridique 97

A. — L'opinion des auteurs 97

a) E.-H. Perreau.

b) Planiol et Ripert.

c) Beudant.

d) Demogue.

B. — ESSAI DE SOLUTION : la condition juridique
d'un médecin est incompatible avec la dichotomie 100

a) Théorie du mandat 100

b) Théorie des usages 102

c) Théorie de la bonne foi 103

Section II. — La Doctrine déontologique 107

A. — L'opinion des auteurs 107-113

a) Dechambre	107
b) Cézilly	107
c) Grasset	108
d) Le Gendre	109
e) Docteur Hubert	110
f) Professeur Verger	110
g) Abbé Valton	112
B. — Les associations médicales	113
a) Association amicale déontologique de médecine et de chirurgie (1910).	
b) Ligue médicale contre la Dichotomie (1929).	
C. — Les Syndicats départementaux, le Syndicat des chirurgiens Français. La Confédération des Syndicats Médicaux Français	114
Chapitre III. — LA JURISPRUDENCE	121
Introduction : La jurisprudence et les honoraires en matière médicale	121
A. — <i>Principes généraux, éléments d'apprécia-</i> <i>tion.</i> — Il y a lieu de s'en tenir aux conventions conclues au début ou au cours du traitement. A défaut :	122
a) Gravité de la maladie ou de l'opération.	
b) Qualité et position de fortune du malade.	
c) Notoriété et situation du médecin.	
d) Perte de temps et difficultés éprouvées par le médecin.	
e) Nombre de visites.	
D. — <i>Droit d'intervention des juges</i>	124
Liberté à l'égard des tarifs syndicaux :	
a) Soins spéciaux (post-opératoires).	
b) La consultation.	
c) Visites allongées ou compliquées d'inter- ventions chirurgicales.	
d) Les honoraires d'assistance opératoire.	

Section I. — <i>Son attitude vis-à-vis des dérivés de la dichotomie</i>	126
A. — Cas dans lesquels elle a eu à se prononcer	126
a) Le compérage médico-pharmaceutique ..	126
I. — Exemples jurisprudentiels.	
II. — Principes qui s'en dégagent.	
b) La participation financière du médecin dans une société de produits pharmaceutiques	128
I. — Exempl. belges (loi du 12 mars 1818)	
B. — Liquidation des droits des associés	129
a) Le système de la communauté de fait.	
b) L'anéantissement du pacte social, le refus d'action basée sur ce pacte nul.	
Section II. — <i>Son attitude en face de la Dichotomie</i>	131
A. — DÉCISIONS ÉTRANGÈRES	131
a) Procédés selon lesquels les Tribunaux sont saisis	131
I. — Par le médecin: paiement de la note commune.	
II. — Par le malade : réduction d'honoraires.	
b) Exemple selon : I. Trib. Civil Bruxelles, 25 avril 1931 : analyse de ce jugement	133
c) Exemple selon : II. Justice de Paix de Verviers, 13 avril. Analyse de la sentence du Juge de paix	136
d) Les cinq points qui se dégagent de ces jugements	137
B. — DÉCISIONS FRANÇAISES (indirectes)	138
a) La jurisprudence française n'ignore pas la dichotomie.	
b) Son opinion sur l'exercice de l'art médical.	
c) L'ordre public voisin de l'intérêt public.	

- d) La répudiation de tout caractère clandestin (Colmar 30 novembre 1926 sur les Associations en participation).

<i>Conclusions</i>	145
--------------------------	-----

TROISIÈME PARTIE

LES REMÈDES POSSIBLES

<i>Chapitre premier.</i> — LES REMÈDES D'ORDRE INDIVIDUEL	149
---	-----

- A. — Le refus de pratiquer la dichotomie de la part du chirurgien.
L'héroïsme de cette attitude. Son efficacité.. 149
B. — L'action personnelle des patrons 152

<i>Chapitre II.</i> — LES REMÈDES D'ORDRE PROFESSIONNEL ..	155
--	-----

- Section I. — *Les Syndicats* 156
a) Leur création 156
b) Leur but 157
c) Le conseil de famille, action, efficacité .. 159
d) Conclusion sur le rôle disciplinaire du Syndicat 161

- Section II. — *L'Ordre des Médecins* 162
a) Historique..... 162-168
b) Sa nature propre 168
c) Les arguments pour et contre 169
d) Son but 174

- Section III. — *La Réfection des tarifs* 176

<i>Chapitre III.</i> — LES REMÈDES EN DEHORS DE LA PROFESSION	183
---	-----

- A. — La fonctionnarisation de la profession 183

B. — Droit comparé	184
C. — Sa valeur	185
<i>Conclusion.</i> — LE DROIT REJOIGNANT LA MORALE	187
<i>Appendice</i>	191
<i>Bibliographie</i>	199

Le partage clandestin d'honoraires dans la profession médicale : La dichotomie

INTRODUCTION

L'objet de notre étude est avant tout juridique. Nous n'oublions pas que les lignes qui vont suivre seront tracées pour une thèse de Doctorat en droit. Cependant la nature même du sujet : le partage clandestin d'honoraires dans la profession médicale, désigné communément sous le mot de DICHOTOMIE, nous obligera à exposer tout d'abord l'aspect professionnel du phénomène.

Après avoir fait connaître ce qu'était la dichotomie nous pourrons alors entreprendre la recherche de l'aspect juridique. Mais nous verrons bientôt que le problème de la Dichotomie se ramène finalement à un problème de politique législative et nous essaierons d'apporter les remèdes possibles d'où :

Première partie : l'Aspect Professionnel ;

Deuxième partie : l'Aspect Juridique ;

Troisième partie : les Remèdes Possibles.

PREMIERE PARTIE

L'ASPECT PROFESSIONNEL

Afin de procéder avec méthode et clarté nous définirons la dichotomie et nous nous demanderons quand et comment elle a vu le jour (Chapitre premier).

Avec le développement et l'évolution de la médecine ce phénomène lui-même a évolué et s'est développé et dans un chapitre deuxième nous aborderons l'examen de l'Evolution et des Modalités.

Le pourquoi de cette pratique fera l'objet d'un troisième chapitre sur les Causes de la Dichotomie.

Et il nous faudra prendre parti : pour ou contre. Certains médecins ont essayé de justifier la dichotomie. Un grand nombre d'arguments ont été apportés. Nous les reprendrons un à un en les discutant dans un chapitre quatrième sur les Justifications de la Dichotomie et leur valeur.

Enfin pour fortifier notre hostilité contre la Dichotomie nous montrerons comment elle constitue un danger à la fois pour le public et le corps médical lui-même (Chapitre V).

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION ET HISTORIQUE

SECTION I

Les Commissions occultes dans les professions

La Médecine appartient à la catégorie des professions libérales, celles dans lesquelles l'activité intellectuelle s'exerçant en dehors d'un emploi salarié joue le principal rôle et qui consiste dans la pratique personnelle d'un art, d'une science. La profession libérale est ainsi appelée parce que conforme à l'économie qui porte ce nom : individualisme, libre concurrence, initiative privée, loi de l'offre et de la demande, tous ces grands principes entrent plus ou moins dans le mécanisme de la profession libérale.

Parallèlement et par opposition aux professions libérales existent la fonction publique et les métiers du Commerce et de l'Industrie.

La fonction publique, c'est l'ensemble des services des diverses personnes morales : Etat, départements, communes, établissements publics et d'utilité publique qui se chargent d'assumer la satisfaction des besoins

du public. Ces services sont soumis à des règles bien déterminées et à un contrôle permanent.

Quant aux métiers du COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE leur but de spéculation, leur intention de lucre sont contrebalancés par la concurrence et la loi de substitution. Mais il existe dans cette catégorie des méthodes, des principes d'exercice qui ont un grand rayonnement : nous voulons parler de la Commission. Rémunération très normale quand elle est prévue dans des tarifs et ratifiée par les chefs d'entreprise. Malheureusement à côté de la commission avouée, notoire, ostensible même, se cache la commission clandestine et occulte. Le législateur soucieux de l'intégrité des fonctionnaires a créé le crime de corruption de fonctionnaire (art. 177 Code pénal). Par la loi du 4 juillet 1889 complétant l'article 177 du Code pénal il a voulu réprimer le trafic d'influence. Enfin à la suite de faits scandaleux pendant la guerre de 1914-1918, la loi du 6 février 1919 a prévu et puni les faits de corruption concernant les employés des particuliers. Ici c'est la commission clandestine qui est nettement visée par la loi ; la promesse doit avoir été agréée ou le don reçu à l'insu du patron et sans son consentement.

Les professions libérales, notamment celles qui gravitent autour des Cours et des Tribunaux, ont organisé des corps disciplinaires et des règlements assez stricts pour éviter la tentation à leurs membres. Seule la profession médicale continue à vivre sous le régime organique de la loi du 30 novembre 1892 — qui n'a rien prévu du côté droit disciplinaire professionnel.

Et pourtant on serait tenté de dire que le partage

clandestin est un vice congénital des professions libérales.

Il existe dans LE BARREAU : de jeunes avocats ou de vieux avocats sans talent ni notoriété, qui ne pourraient pas prendre de gros honoraires pour plaider une cause, l'apportent à des confrères renommés qui demandent de gros honoraires et leur en donnent une partie sans qu'ils aient pris cependant la moindre part à la préparation de la plaidoirie. Ou encore tel avocat se constituera un cabinet achalandé en donnant commissions ou ristournes aux agents d'affaires ou aux avoués de son arrondissement, quelquefois au surveillant-chef de la prison ! Quels services ont rendus au client ces pourvoyeurs du cabinet de l'avocat ? S'ils lui en ont rendu, ils se font rémunérer spécialement, dans ce but. Ce qu'ils reçoivent de l'avocat est un supplément d'honoraires sur la note. Et cependant on a coutume de citer la profession d'avocat comme le type de la profession libérale désintéressée. Elle possède une forte organisation disciplinaire avec ses Conseils de l'Ordre !

Elle existe chez les INGÉNIEURS. L'ingénieur peut être acheteur pour la maison à laquelle il est attaché. Il existe des fournisseurs qui offrent ou consentent des commissions généralement inversement proportionnelles à la qualité de leurs marchandises. Comment l'ingénieur chef de service d'une grande firme conservera-t-il son indépendance vis-à-vis de ces fournisseurs ? Il abandonne les intérêts de la firme qui l'emploie pour ne s'occuper que des siens.

SECTION II

La Commission occulte en médecine : la Dichotomie

Chez les médecins la ristourne occulte sur les honoraires est communément dénommée dichotomie.

Ce n'est pas encore la dernière fois que la langue grecque habillera en un mot un phénomène qui en exigerait deux ou trois.

En effet, en décomposant, nous trouvons deux éléments : tomé = section, diké = en deux parties. Le Larousse du XX^e siècle donne la définition botanique de ce terme : division d'un organe en deux parties égales puis ajoute « par analogie et au figuré dans le langage médical : partage des honoraires consenti par le médecin appelé en consultation ou par le chirurgien qui opère au confrère qui a procuré le client ».

Le dictionnaire est muet sur la façon dont s'opère le partage et dans quelles proportions sont taillées les parts.

Il faut une définition à ce phénomène : Nous pourrions dire que « LA DICHOTOMIE EST UN CONTRAT TACITE PAR LEQUEL LE SPÉCIALISTE OFFRE OU ACCORDE AU MÉDECIN TRAITANT QUI LUI A PROCURÉ LE CLIENT ET A L'INSU DE CELUI-CI, UNE SOMME VARIABLE REPRÉSENTANT LE TROP PERÇU DE SES HONORAIRES ».

Il convient de la séparer, autant que faire se peut, de la note commune globale, pratique médico-chirurgicale fréquente. Il existe en effet une façon de procéder en cas de consultation entre confrères ou pour une intervention commune (médecin traitant, chirurgien

gien, spécialiste), qui consiste à adresser au client une note globale *sans détails*, indiquant la somme totale des honoraires dus pour la consultation ou l'intervention aux médecins qui y ont participé. A l'encontre de cette répartition d'honoraires ignorée du client mais pour des services qui lui ont été réellement rendus, la dichotomie implique bien également une remise faite à l'insu du client, par le chirurgien ou le spécialiste au médecin traitant, mais sans rapport avec les services rendus au malade. Seule l'absence de services effectifs marque la différence entre la dichotomie et la note commune globale. En effet, ces deux pratiques possèdent les caractères suivants :

1) une note globale sans détails, présentée par le spécialiste ou le chirurgien,

2) une répartition qui s'effectue dans le premier cas, un partage dans le second cas, qui sont faits à l'insu du malade,

3) la répartition ou le partage se font de médecin à médecin. Mais les différences s'établissent sous deux aspects :

1) Si la répartition dans la note commune globale est clandestine, du moins elle vise à rémunérer un service rendu au malade, un travail effectué.

2) Le partage dichotomique suppose un supplément d'honoraires perçu, et à ce destiné, par le spécialiste et le chirurgien. Ceux-ci ne sont guère disposés à prélever sur leurs propres honoraires une part qu'ils remettent à leur confrère. La dichotomie n'est pas un cadeau, ou du moins si c'en est un, il est fait sur le dos du client.

La distinction que nous venons d'établir est facile

en théorie. Mais en pratique entre une note commune globale sans dichotomie et une note globale avec dichotomie il est malaisé de distinguer. Seule la présence du médecin traitant à l'opération en cas d'intervention chirurgicale constitue un critérium de services méritant rétribution. Il se peut qu'à côté il y ait des services que nous ignorions, mais il y a aussi des services inexistants. Car la note commune globale présente de gros dangers du fait de l'absence de contrôle du malade ; on le prive de tous moyens d'investigation. Rien n'empêchera par exemple le médecin traitant d'adresser une note personnelle pour son assistance à l'opération et d'être ainsi rémunéré deux fois pour le même service. Rien n'empêche le spécialiste de forcer les honoraires afin de faire la part plus grosse au traitant.

D'où immédiatement deux CONDITIONS qui apparaissent nécessaires et suffisantes pour que la dichotomie existe :

1) elle doit avoir lieu à *l'insu* du client : ce caractère clandestin lui est spécifique et lui permet de s'étendre. Pas d'indication sur la note ; un chiffre global c'est tout.

2) il s'agit d'un *trop perçu* d'honoraires du spécialiste. En effet celui-ci ne va pas ristourner au médecin pourvoyeur une partie de ses honoraires propres ou s'il le fait, c'est alors pure générosité et il n'y a plus dichotomie. Il ristourne une somme d'argent qu'il a précisément demandée *en plus*, dans cette intention, au client. Le client, lui, devant une note globale ne peut se douter des tractations opérées après

règlement. Un fait certain, c'est qu'il est trompé par le spécialiste qui lui demande ses honoraires.

Mais si le spécialiste n'exagère pas ses honoraires et remet à titre gracieux une partie de ses justes honoraires au praticien qui l'a fait appeler, il n'y a plus dichotomie.

Notre définition ne peut forcément englober toutes les modalités qu'a su employer la souple dichotomie. Nous envisageons ici le cas type et nous verrons plus loin les différents aspects de cette pratique.

L'examen de chaque mot va nous permettre de tirer quelques CONSÉQUENCES :

1) C'est un *contrat tacite* : comme les mœurs il n'y a pas de traité écrit entre dichotomistes. L'intérêt secret les lie. L'acte matériel sera un virement de chèques postaux ou un chèque bancaire en faveur du praticien.

Ce peut encore être une enveloppe bien garnie placée discrètement sous la serviette du diner. Toujours la discrétion !

2) *Le spécialiste*, il nous faut dire ce que nous entendons par là et ce que l'on doit comprendre sous ce vocable depuis la Loi du 30 novembre 1892. Cette loi organique de la médecine a réalisé l'unité du titre, il n'existe actuellement que des docteurs en médecine. L'article 8 a supprimé le titre de docteur en chirurgie. Le spécialiste est un docteur en médecine qui est spécialisé dans une branche de l'art médical : chirurgie, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, électro-radiologie, dermatologie, syphiligraphie, phtisiologie... Parmi les spécialistes il en est un

cependant qui a le plus souvent l'occasion d'avoir des rapports avec le médecin : il s'agit du chirurgien.

3) *Offre ou accorde* : tantôt en effet le spécialiste peut offrir un certain taux de ristourne ; ex. : ce chirurgien qui, après la construction d'une clinique non encore amortie, faisait sa tournée parmi les médecins de l'arrondissement et qui laissa le billet suivant à l'un d'eux absent : « Pour les clients que vous m'enverrez nous couperons la poire en deux. » Tantôt au contraire, les médecins groupés sont plus actifs et posent leurs conditions au chirurgien de leur choix et celui-ci leur accorde ce qu'ils demandent.

4) *Le médecin traitant* : c'est toujours lui qui est à la base, récepteur ou promoteur. Son rôle est très important car il aiguille le malade dans telle ou telle direction.

5) *Procuration du client* : il convient d'insister. Le plus souvent la dichotomie se réalise en faveur d'un praticien qui s'est borné à adresser le client à tel spécialiste déterminé ou a fait venir tel autre avec qui il est en relations. Y aurait-il dichotomie au cas de participation ou d'assistance du traitant à la consultation ou à l'opération ? Oui, si la ristourne demeure occulte, le client restant privé de son droit légitime de contrôle et de libre discussion. Il doit savoir la destination de ses deniers.

6) *A l'insu du client* : Clandestine, occulte, secrète, sont des qualificatifs qui accompagnent de droit la dichotomie. Elle se différencie par là de la commission commerciale qui du moins est publique et avouée.

7) *Somme variable* : très variable suivant les ré-

gions et selon les individus, d'où risque de surenchère et notamment de la part des moins bons. La véritable dichotomie (partage en deux parties égales) n'est pas toujours la règle.

8) *Trop perçu* (cf supra) : nous avons dit ce qu'il faut entendre par là.

Dans cette ristourne occulte il y a des DEGRÉS, des nuances. En principe on peut dire qu'elle n'est pas souhaitable, qu'elle doit être évitée car elle est trop dangereuse.

Nous pourrions trouver tout d'abord la dichotomie avec circonstances atténuantes : un médecin traitant a posé un diagnostic opératoire. Le client a donné son consentement à l'opération et il a choisi son opérateur. Le client a demandé à son médecin d'assister à l'opération, ce qui a été fait, et peut-être même plus, sous forme de participation, soit matérielle, soit surtout intellectuelle. L'opérateur envoie sa note d'honoraires et, sur la somme reçue par le client il remet au traitant un quart. Le traitant, de son côté, envoie sa note d'honoraires pour les soins préparatoires et consécutifs à l'opération. Le client, peut-on dire, a accepté tacitement le règlement bien qu'il n'ait pas connaissance du taux selon lequel son médecin traitant sera rémunéré à son insu. Réalisation de la note globale qui est un commencement de dichotomie.

Nous trouverons encore, grâce à l'occultisme complice une dichotomie aggravée : restons dans le cadre de l'acte médico-chirurgical ; en fait le plus souvent la dichotomie joue à propos de cet acte. Reprenons notre malade de tout à l'heure, justiciable du bis-

touri, et supposons lui un médecin traitant à conscience large en matière de déontologie. Le traitant s'est acquitté correctement de son rôle d'assistant. Le chirurgien envoie sa note sur laquelle il remet un quart comme précédemment au traitant. Celui-ci ne se contentant pas ou plutôt abusant de la situation, adresse à l'opéré sa note qui comprend non seulement les soins pré et post opératoires, mais des honoraires spéciaux pour l'acte opératoire. Le client qui a demandé l'assistance trouvera cette prétention légitime et payera sans murmurer. Notre médecin traitant touchera des deux côtés.

Autre aspect dans une autre branche : un médecin traitant soigne un malade pour le foie ; il lui recommande une saison dans une station thermale en lui faisant prévoir une grosse amélioration de son état, sinon la guérison. Or pendant une cure d'eau thermale il est nécessaire d'être suivi par un médecin. Le malade qui ne connaît pas la ville d'eaux où on l'envoie et encore moins le corps médical, s'en remet entièrement à son traitant pour la désignation du médecin et de la ville d'eaux. Malheureux ! Il ne se doute pas que sur les honoraires qu'il versera en fin de saison, une part sera renvoyée sous forme de chèque ou de virement au compte de son traitant ! Et pourtant le traitant n'a aucunement assisté le médecin de la ville d'eaux, n'a participé nullement à la surveillance de la cure. Il s'est contenté seulement d'adresser le client à son « correspondant ».

Dernier degré que nous voulons croire fort rare et qui assombrit sinistrement le tableau : tel chirurgien qui veut se lancer ne regarde pas de si près à l'indication opératoire du traitant. Le client lui est envoyé

après conversation téléphonique sur sa valeur « marchande ». L'opération est très discutable. On la fera quand même. Le traitant touchera commission.

Nous mentionnerons ici pour mémoire le simulacre d'opération et le cas de ces chirurgiens assez pervers pour se réserver dans une opération la possibilité d'opérations ultérieures. Heureusement ce sont des cas d'espèces. Ce dernier cas tomberait d'ailleurs sous le coup de la loi pénale.

Nous croyons ainsi avoir esquissé dans l'ordre de la gravité croissante la courbe de la dichotonie. En dehors du diagramme et parallèlement, on peut dresser un tableau comportant les petits profits annexes à l'extérieur de la profession elle-même. Nous voulons parler DES DÉRIVÉS DE LA DICHOTOMIE, du comperage, du rabattage : des industriels ont consenti au traitant, imitant les chirurgiens, un abandon de leur bénéfice. Et le médecin pouvait prélever bientôt son impôt sur la hernie, le pied bot, la myopie, les spécialités pharmaceutiques, les examens de crachats, etc... Ces phénomènes s'expliquent mieux que la dichotomie car dans les parties en contact il y a un commerçant, et le métier, dans le but de lucre, peut supplanter la profession libérale honorée. Nous ne les approuvons pas pour autant et nous aurons l'occasion de montrer les dangers qu'ils font courir.

Retenons donc ce schéma de la dichotomie : *partage clandestin d'honoraires* qui peut s'opérer dans beaucoup de cas, à l'occasion de la plupart des actes médicaux *complexes*. Comment alors est apparue cette pratique ? A quel moment et à propos de quels événements ? Est-elle apparue telle qu'elle existe aujourd'hui ou au contraire a-t-elle subi une évolution ? C'est

ce que nous allons voir immédiatement dans un historique, ensuite dans notre deuxième chapitre sur l'Evolution et la modalité actuelle de la Dichotomie.

SECTION III

Historique

Il est intéressant de rechercher l'origine historique de cette pratique. Est-ce un vice congénital de la profession médicale ? Est-elle apparue à la façon de la pomme d'Eve sous la forme d'un chirurgien tentateur ou prit-elle la forme d'un diktat impératif lancé par le médecin traitant au chirurgien ? Il est assez difficile de répondre catégoriquement, car selon les époques, les forces en présence ont varié. Essayons donc de dégager au cours du temps, le chemin parcouru et les transformations.

Le Professeur Mauriac, dans une conférence faite à Paris en octobre 1930, nous rapporte qu'au XVII^e siècle la corporation des chirurgiens et des pharmaciens *était très puissante*. Les médecins étaient à leurs ordres. Témoin le Dr Gilibert, de la Faculté de Montpellier, qui écrivait en 1752 (1) : « quoiqu'il (le médecin) s'aperçoive que la maladie n'exige point des soins assidus, dès que le malade est en état de payer, il multiplie ses visites, non en se réglant sur leur

(1) *La Dichotomie*, p. 205 et sq. Ed. Ligue Médicale contre la dichotomie, 29, rue Auguste-Vacquerie, Paris. Cet ouvrage, auquel il sera souvent renvoyé, est un recueil de conférences faites à la Faculté de Médecine de Paris, sous les auspices de la Ligue, par MM. les docteurs Rist, Okinczyc, Sergent, Bosc et Mauriac.

utilité, mais sur la fortune du malheureux. Il pourrait ordonner des remèdes simples et de vil prix, souvent même il les croit plus efficaces; il pourrait éviter des opérations mais il se garde bien de faire une pareille faute. La race avide des chirurgiens et des pharmaciens le perdrait sans retour. »

Mais cette étude du D^r Gilibert ressemble plutôt à des principes généraux d'un moraliste ou d'un psychologue à la façon des « Caractères » de La Bruyère.

Nous avons mieux que cette constation générale et qui pourrait être écrite, à toute époque, de toute profession libérale. En 1693, *Daquin*, médecin traitant du roi Louis XIV, en l'absence et à l'insu du premier chirurgien du roi, ordonna une saignée au monarque et lui recommanda un jeune chirurgien. Celui-ci avait promis dix mille écus à Daquin s'il pouvait arriver à lui faire saigner le roi ! Mais la chose ne se termina pas là : dénoncé par le premier chirurgien, Daquin fut condamné à mort pour avoir fait commerce du sang du roi. Cependant, il fut gracié par Louis XIV et alla mourir à Quimper-Corentin.

C'est encore au XVII^e siècle que nous trouvons le cas du surintendant *Delorme*. Delorme était surintendant des eaux minérales en général et particulièrement de celles de Bourbon. On l'a représenté comme le plus désintéressé des médecins de l'époque. A la vérité, il remplaçait les honoraires par une dichotomie effrénée. Non content d'exiger des remises des barbiers, des pharmaciens et des chirurgiens auxquels il envoyait ses clients, il se faisait, dit-on, des revenus respectables des hôteliers et des logeurs de Bourbon à qui il envoyait ses baigneurs ⁽²⁾.

(2) Docteur H. GROS, *La Dichotomie au XVIII^e siècle : deux médecins du roi, les Delorme*, *Paris Médical*, annexe, 21 octobre 1933 ; p. 310.

Ce ne sont là toutefois que *cas d'espèces* et, à vrai dire, la SYSTÉMATISATION DE LA DICHOTOMIE A COMMENCÉ A UNE ÉPOQUE RELATIVEMENT RÉCENTE. En effet, c'est dans la seconde moitié du XIX^e siècle que quelques grands chirurgiens ont créé la dichotomie. A quel propos ? Au premier temps de l'anesthésie. Il se produisit à ce moment un grand bouleversement : toute douleur étant supprimée, les chirurgiens espérèrent accroître leur clientèle. Mais l'infection restait à redouter et le médecin de famille, qui avait une grande autorité à cette époque, hésitait à envoyer ses clients pour une intervention aux suites douteuses. Pour vaincre les hésitations du médecin, les grands « manitous » de la chirurgie, surtout l'un d'entre eux, Péan, imaginèrent le système des *primes d'assurances* contre le risque de perte de la clientèle : on donna d'abord le tiers des honoraires. L'exemple fit tâche d'huile et amena la surenchère ; le tiers monta jusqu'à la moitié, parfois aux deux tiers. A ce moment on baptise cette prime d'assurances du nom de dichotomie.

Mais on peut se demander, que se passait-il avant ? Les ristournes, les commissions n'existaient-elles pas ? A part les chirurgiens des hôpitaux de Paris et des grandes villes de province, il n'y avait que des médecins qui, une fois installés à la ville ou à la campagne, faisaient toute la chirurgie courante : ne pouvant opérer seul, le médecin d'alors appelait pour le seconder le confrère le plus rapproché avec lequel il partageait ses honoraires.

Mentionnons que ces grands chirurgiens de la deuxième moitié du XIX^e siècle possédaient déjà un contentieux attaché à leur cabinet et qui traitait du prix

de leurs interventions. Avec les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, il fallut créer des salles d'opérations ; les maîtres eurent des élèves qui se répandirent dans les villes de province pour y créer des cliniques où viendraient se faire opérer les malades du voisinage.

Le Dr Charles Buizard a donné au Comité National d'Etudes sociales et politiques ⁽³⁾ une autre explication un peu différente : la dichotomie serait née en province. Le médecin traitant participait nettement à l'opération que les premiers chirurgiens effectuaient le plus souvent à domicile. Il apportait son aide pour l'anesthésie, les soins, etc... Et dans la note globale présentée par le chirurgien, une part était réservée au médecin habituel du malade.

Nous préférons la première explication conforme au développement de la science médicale, à la tradition actuelle, à l'esprit même des médecins.

Le Dr Cézilly, dans un article au « Concours Médical » du 19 septembre 1896, constate que si la dichotomie existe à Paris, elle est rare en province. Même opinion de la part du Dr Charbonnier, en 1908, dans « L'Année Médicale » ⁽⁴⁾.

En 1900, au Congrès International de Médecine professionnelle et de Déontologie Médicale, le professeur Grasset, de Montpellier, rapportait « que le courtage par des médecins se fait ouvertement. Mal vu

(3) Séance du 7 janvier 1929.

(4) A cette époque les dichotomistes étaient très mal vus. C'est ainsi que la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* s'indignait en 1899 d'un jugement rendu par le Juge de Paix de Joigny qui avait à statuer sur le cas d'une opération de la cataracte et avait constaté que le prix d'une opération « était toujours partagé entre l'opérateur et le médecin ordinaire chargé des pansements et soins consécutifs, et ce, dans la proportion de deux tiers pour l'un et de un tiers pour l'autre... »

d'abord parmi nous, le rabattage s'y est assez vite acclimaté et l'opinion professionnelle lui est généralement moins hostile qu'à la publicité » (Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie Médicale, compte rendu de la première session par le Dr Jules Glover).

La guerre devait amener dans le corps médical beaucoup de perturbations : pendant les hostilités on a dû « créer » une quantité de chirurgiens « neufs » qui, à l'armistice, ont voulu continuer leur profession dans cette branche et se sont établis dans des villes où ils se sont trouvés avec des chirurgiens renommés et difficiles à concurrencer sur le terrain strictement professionnel. D'où tendance dans les années qui ont suivi la guerre d'offrir une ristourne sous forme de pourcentage de leurs honoraires au médecin traitant qui leur adressait un malade.

Déjà en juillet 1919, le Dr Paul Legendre, dans une introduction prophétique à sa « Vie du Médecin », écrivait : « Mais voici un grand nombre de praticiens qui, éloignés pendant quatre et cinq ans de leur clientèle, ont subi des pertes matérielles considérables, dissipé leurs économies, contracté des dettes ; ils vont se trouver sollicités de tous côtés par des industriels qui guettent les occasions d'embrigader des adhérents nouveaux dans des combinaisons mercantiles. Beaucoup de clients dans certaines contrées sont appauvris, le nombre des médecins n'a pas diminué : car si plus de mille sont tombés sur les champs de bataille et ont succombé dans les formations, pendant ce temps, beaucoup de jeunes filles et de femmes ont plus que comblé les vides. La concurrence va donc s'exercer rudement, avec ses tentations dans les deux

sens, vers l'emploi de procédés confraternels indelicats, vers l'acceptation de compromis financiers avilissants. »

Depuis la guerre, la dichotomie n'a fait que croître et embellir, envahissant tous les domaines de l'activité médicale. Dans certaines régions (Paris et Marseille spécialement) on dichotomise à propos de tout. Des débats très vifs ont eu lieu dans les syndicats ; on a voté des résolutions, on a écrit maints articles, la Confédération des syndicats médicaux français a pris parti contre la dichotomie en élaborant son Code de Déontologie (art. 5 sur le rabattage et le compérage, art. 49, 50, 51), on peut, à propos de ces mouvements de vertu professionnelle, rappeler les mots d'Ovide :

« *Video meliora proboque, deteriora sequor !* »

Voyons un peu dans notre second chapitre sur l'évolution et les modalités actuelles de la pratique dichotomique, les différents domaines dans lesquels elle a pénétré et les formes qu'elle emploie.

CHAPITRE II

EVOLUTION ET MODALITES

Nous nous efforcerons de présenter les différents cas dans leur ordre chronologique et, chacun, sous la rubrique qui lui convient. Ainsi, nous passerons en revue d'abord dans une première section les différents aspects qu'ont pu prendre le rabattage et le compéragage, ensuite dans une deuxième section les différents aspects de la dichotomie.

SECTION PREMIÈRE

Les différents aspects du rabattage et du compéragage

Ils sont parfois bien amusants et s'ils ne coûtaient pas trop cher au porte-monnaie du client, nous en ririons les premiers. Cette commission commerciale allouée au médecin qui procure le malade à l'entrepreneur est moins dangereuse pour le client que la dichotomie, car elle n'atteint que ses biens et ne peut atteindre sa santé. Dans certains cas, il ne s'agit plus que d'une prime au cadavre. Nous nous expliquons immédiatement en transcrivant textuellement la lettre rapportée par la « Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie » (Février 1918).

ENTREPRISE DE POMPES FUNÈBRES

(Confidentiel) X..., le 30 janvier 1918.

Monsieur, dans le but de mieux faire apprécier ses services et se permettant de compter sur votre excellent concours, la maison Y, successeur de Z, sollicite votre appui et vous prie de vouloir bien lui faire l'honneur de lui accorder votre confiance.

Elle vous sera reconnaissante d'accepter le 10 % sur les affaires qui auront été traitées sur vos indications.

Vous voudrez bien lui signaler par téléphone les décès qui pourront vous paraître susceptibles de l'intéresser, en raison de la situation des familles éprouvées qui désireront se décharger de toutes les démarches à faire pour assurer des obsèques dignes de ceux qui disparaissent. Comptant que vous voudrez bien honorer la maison de votre confiance, nous vous prions d'agréer, M..., nos salutations les plus distinguées.

Le Directeur.

Voilà un directeur entreprenant et qui sait s'y prendre : il va à la source même, au médecin qui peut le renseigner, lui signaler au bon moment le bon client.

Mais quittons ce sujet macabre et retrouvons des visages plus réjouissants : celui du BANDAGISTE par exemple, qui écrit en 1908 (c'est ancien et c'est solide) aux médecins en leur annonçant les perfectionnements de son matériel de fabrication (rapporté par la « Province Médicale ») en ajoutant le post-scriptum confidentiel :

« Sur toute commande ou vente réalisée sur vos indications, j'aurai le plaisir de vous réserver person-

nellement un escompte de 20 % sur orthopédie et bandages et 15 % sur caoutchouc, que je tiendrai à votre disposition ou vous ferai parvenir quand et où vous voudrez.

« Pour éviter toute confusion, je vous serai sincèrement obligé si vous vouliez bien indiquer à vos malades l'adresse de ma maison sur une ordonnance autre que celle destinée au pharmacien. »

Là encore, pas grand mal, le client peut se rendre compte s'il a besoin de ceinture ou de bandages. La concurrence des fabricants empêchera d'un autre côté notre bandagiste d'élever trop ses prix.

Autre exemple de compérage (Carnet Médical français novembre 1922) : Une firme de désinfection adresse une lettre aux médecins, les sollicitant d'employer ses services. Réclame très légitime, mais en échange des opérations qu'elle pourrait effectuer grâce à leur appui, elle leur promet l'envoi annuel d'une note de crédit. Le Dr Delchef, secrétaire du Scalpel (Belge), faisait part des divers pourcentages de placiers proposés aux médecins, entre autres, pour les articles suivants :

Brosses à dents hygiéniques, ceintures hygiéniques, huile d'olives hygiénique, vin généreux vieux.

L'hygiène est un manteau protecteur tout indiqué !

Le Dr Paul Boudin, dans un article du « Concours Médical » (10 novembre 1935), signale aux lecteurs le cas d'associations entre médecins et hôteliers, et il envisage les modalités d'accords qui peuvent intervenir :

— Le médecin devient l'associé du propriétaire de

l'hôtel, l'un apportant la gestion de l'hôtel, l'autre ses soins ; en fin d'exercice ils se partagent les bénéfices.

— Le praticien peut louer ses services. Pour un salaire mensuel il soignera les malades de l'hôtel ou les guidera pour leur cure thermale. Mais il sera l'employé du patron de l'hôtel, qui pourra lui donner des ordres, non pas dans l'exercice de la médecine, mais pour les à côtés tels que régimes, consommations de vins ou de liqueurs.

— Indépendance absolue des deux personnes : l'hôtelier gère son hôtel comme bon lui semble mais rabat les clients chez un seul médecin, lequel en retour lui donne ristourne de tant par malade.

Par ces ententes, nous saisissons tout le danger, non plus seulement pour les biens, mais peut-être pour la santé des malades qui se verront ordonner tel régime ou autorisés à consommer vins et liqueurs de façon à ce que la note d'hôtel ne soit pas diminuée.

Enfin dernier exemple : le COMPÉRAGE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE. Là encore nous ne citerons que des exemples empruntés dans des revues médicales, dans des articles signés de leur auteur. En premier lieu le « Journal de Médecine de Bordeaux » rapporte la lettre suivante dans son numéro du 14 mars 1909, pages 170-171 :

« Monsieur et cher docteur,

« Je propose dans chaque ville importante, à un seul docteur, pour un rayon déterminé par lui-même (afin qu'il n'y ait pas de discussion), un certain bénéfice sur la vente d'une spécialité dont je suis l'inventeur.

« Ce bénéfice est de 0,50 par boîte et c'est une marque que, suivant l'étendue de votre clientèle, vous pouvez ordonner de huit à douze fois par jour ; vous voyez donc tout l'avantage que vous pouvez en retirer.

« La boîte n'est pas très chère pour le public, vu qu'elle ne se vend que 3,50, étant d'une contenance de... De plus, elle est d'une efficacité merveilleuse.

« Inutile de vous dire que je suis d'une discrétion absolue et que personne ne soupçonnera ce que nous aurons convenu. »

Certes, comme l'écrivait le docteur J. Vergely, l'auteur de la révélation de la lettre, les médecins dignes de ce nom auront vite fait de traiter comme il convient ces propositions de marchands d'orviétan. Elles ne sauraient influencer que les besogneux. Mais ce n'est pas toujours que l'offre du pharmacien (pharmacien-médecin parfois) se réalise sous la forme d'une lettre : ces docteurs emploient la visite domiciliaire (Défense du Médecin, 15 novembre 1936, article « Pour servir à l'histoire de la dichotomie »). Voici ce que raconte précisément l'auteur de l'article : « en mon absence ma femme reçoit un coup de téléphone d'un docteur R... et, sur sa demande, lui fixe un rendez-vous. Et je vois arriver ce confrère, vieillard de 74 ans, qui, après m'avoir entretenu de choses sans intérêt, finit par me parler de spécialités aux formules magnifiques. Je n'avais nulle raison d'en refuser l'envoi. Mais au moment de partir, il m'indiqua que ces médicaments rapportaient 20 % aux médecins, le contrôle étant fait en indiquant pour chaque spécialité, à côté de son nom spécial, un second nom, particulier à chaque médecin les prescrivant. »

L'offre peut devenir beaucoup plus insidieuse dans les deux cas suivants : Un laboratoire propose à un médecin d'étudier son produit, de pratiquer des expérimentations cliniques. L'intérêt scientifique a vite fait de devenir de l'intérêt tout court. Ou encore elle prend la forme d'une société de Secours Mutuels qui assure au bout d'un certain nombre d'années une retraite au médecin, ou qui fonctionne à la façon d'une assurance-vie en versant un capital aux héritiers du praticien. Ces mutualités sont des organismes, des consortiums de spécialités pharmaceutiques qui font prendre l'engagement moral au médecin de prescrire leurs produits de préférence aux autres dans un cas déterminé. Une surveillance occulte s'exerce pour voir si le médecin exécute suffisamment les termes de son contrat. Quelquefois la société émet des actions ou des parts et elle versera comme dividende une saison gratuite (c'est ce qui se passe en matière d'eaux minérales). Ces dernières formes sont très insidieuses, elles peuvent priver le médecin de sa liberté de prescription scientifique. D'ailleurs la Jurisprudence est quelquefois intervenue avec rigueur en annulant radicalement toutes ces ententes ⁽¹⁾ (cf. infra.)

Avec le compérage médico-pharmaceutique nous pressentons déjà les dangers que font courir ceux qui s'y livrent à la santé du malade et non seulement à ses biens.

La clandestinité facilitant leur besoin, le client devient rapidement un objet de spéculation sur lequel on prélèvera un impôt. Ce ne sont pourtant pas encore les fortes sommes que nous allons avoir l'occa-

(1) Cass. Belge, 2 mai 1904, Pas. 04-1-220 (Médecin actionnaire d'une Société ayant pour objet la fabrication de produits pharmaceutiques).

sion d'énumérer dans notre deuxième section sur les différentes modalités de la dichotomie.

SECTION II

Les différentes modalités de la Dichotomie

Nous examinerons successivement :

- A) La dichotomie médico-médicale
consultations,
maisons de santé,
examens bactériologiques.
- B) La dichotomie médico-chirurgicale.

A) LA DICHOTOMIE MÉDICO-MÉDICALE

Les cas que nous allons énumérer sont rapportés par les différents conférenciers (Drs Rist, Okinczyc, prof. Sergent, Dr. Bosc, prof. Mauriac), dont les paroles ont été réunies dans le livre « La Dichotomie ».

En matière de consultation, le médecin traitant opérera avec beaucoup d'adresse pour faire choisir le consultant « correspondant ». Le père de famille qui a son fils malade déclare au médecin traitant son désir d'une consultation et lui parle du professeur X... Le traitant fait l'éloge du professeur, mais, dans une flèche du Parthe, il lui glisse : « le professeur X... ne se déplace pas à moins de tant... » Le père de famille est effrayé par le chiffre fabuleux des honoraires qu'il aura à verser. Et écrasé, il se tourne vers le traitant lui demandant son avis, sa suggestion. Le traitant

alors lui dit : « Je vous amènerai Y... ». En réalité X... prenait des honoraires proportionnels aux facultés des familles. Y... partagera avec le traitant.

La dichotomie en ce qui concerne les *maisons de santé* ou les sanatoria se pratique sous deux formes : ou le médecin traitant percevra un pourcentage sur le mois d'hôtel de son client (pourboire) ou plus élégamment le directeur de l'établissement l'appellera en consultation un certain nombre de fois.

Alors, c'est l'aristocratique échange de bons procédés !

Le Dr Bosc racontait ce dialogue entendu entre deux médecins :

« — A qui envoyez-vous vos crachats ? (sous-entendu les crachats de vos malades pour être examinés bactériologiquement).

— A un tel.

— Combien vous donne-t-il ?

— Mais rien.

— Ah non ! Je ne marche pas, j'ai besoin, moi, de gagner ma vie. »

Il existe à Paris des officines où l'on trouve de l'albumine dans toutes les urines, des Wassermann positifs dans tous les sangs et des bacilles tuberculeux dans toutes les expectorations. Ce sont les médecins dichotomistes qui les font vivre et elles font vivre les médecins dichotomistes (Dr Rist).

B) LA DICHOTOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE

C'est à propos de l'acte médico-chirurgical que cette pratique, nous serions tenté de dire ce fléau, sévit le plus. Elle est couramment employée dans le langage

médical pour désigner la ristourne occulte SUR L'OPÉRATION. Il nous faut dire que, si autrefois l'opération se pratiquait au domicile du malade par le déplacement du chirurgien, et que s'il arrivait au chirurgien appelé, de remettre discrètement un petit billet au médecin qui l'avait appelé ou l'avait fait appeler, cette dichotomie était individuelle, isolée. Le geste était comme réprouvé et il n'était effectué qu'à regret. Le principe était dans la pratique « Pas de dichotomie ». L'existence de celle-ci était l'exception. Les chirurgiens qui dichotomisaient étaient réprouvés par l'élite de la profession ⁽²⁾. L'évolution même de la chirurgie a réagi sur la dichotomie : il faut actuellement pour être chirurgien un long apprentissage, une installation coûteuse, un outillage dispendieux, toute une organisation d'aides, de salles d'opération, de maisons de santé. Le chirurgien qui commence dans la carrière et qui voit ses salles vides est forcément tenté de faire appel aux pourvoyeurs d'opérations, les médecins. Mais ceux-ci ne répondent à l'appel que s'il est accompagné d'une offre. Et la leçon a été si bien comprise que la situation est retournée ⁽³⁾. Ce sont les médecins qui *demandent* avec autorité, qui exigent même et sont les maîtres du marché. Et ainsi pendant un temps l'offre et la demande s'équilibrèrent à un taux voisin de 25 %. Mais certains ne jouèrent plus franc jeu et la clandestinité appelant la clandestinité amena la *surenchère* au taux couramment pratiqué : ce fut le fait de nouveaux chirurgiens ou de chirurgiens voulant dépasser leurs confrères par tous

(2) *La Dichotomie*, p. 25, Docteur RIST.

(3) *La Dichotomie*, p. 37, Docteur RIST.

les moyens. Le taux est monté à 30, 50, 60 et 75 %. Ce sont les procédés classiques si l'on peut dire.

Mais surtout depuis la guerre et dans la dernière décade les procédés ont changé : le chirurgien est las de réaliser ses remises et souvent de recevoir des récriminations en guise de remerciements. Il préfère une solution plus stable et il demande au groupe médical qui travaille pour lui, de lui assurer un fixe de tant par mois ou par jour moyennant quoi il *laisse les mains libres* au médecin traitant pour fixer et demander les honoraires au client en ses lieu et place. Car si la dichotomie existait à l'état isolé, singulière entre un chirurgien et un médecin, elle est devenue *collective* entre un groupe de médecins et un ou plusieurs chirurgiens. Et la médecine est devenue, grâce au progrès scientifique, quelque chose de très complexe. C'est presque chaque jour qu'un médecin est tenu de faire appel à un confrère spécialisé. Les occasions sont fréquentes de faire le trafic. Il existe notamment à Paris plusieurs groupes médico-chirurgicaux qui opèrent en circuit fermé. Ces groupes possèdent des spécialistes les plus divers et se suffisent à eux-mêmes. Ces sortes d'associations occultes sont assez durables car elles sont cimentées par l'intérêt de leurs membres.

La forme du forfait demandé par le chirurgien ami de la tranquillité n'est pas la seule employée parmi les nouveaux procédés. Il arrive que le médecin pourvoyeur n'exige pas de ristourne d'un laboratoire pour les analyses qu'il lui adresse, mais à une condition : qu'elles soient positives. Si l'analyse est négative et qu'il n'y a rien à faire pour le médecin comme traitement subséquent, alors il exige une ristourne. Au con-

traire il peut l'abandonner au laboratoire quand elle est positive : il a en vue une mine à exploiter.

En résumé, par ses méthodes commerciales et surtout sa clandestinité, la dichotomie opération bilatérale, est devenue dans certaines régions une habitude collective et quelquefois agressive en raison des taux variables de groupe à groupe. Ses formes se sont perfectionnées : le chèque ou le mandat que le médecin glanait dans son courrier ont changé parfois de direction : ils rémunèrent l'employé opérateur aux ordres de groupe, exécuteur passif des besognes dont il est chargé.

Après avoir examiné l'évolution et les caractéristiques de la dichotomie médico-chirurgicale, il faudrait se demander quel est le *pourcentage* des médecins et des chirurgiens qui la pratiquent. La réponse à cette question est toute de nuances puisque nous avons vu qu'il existait des formes atténuées et des formes aggravées de Dichotomie. Il convient de sérier les cas et de voir pour chacun d'eux l'attitude du médecin traitant.

1) La dichotomie au sens le plus péjoratif du mot, c'est-à-dire dans le cas où le médecin non assistant et qui a seulement procuré le malade, demande à l'opérateur une part du prix global ou accepte l'offre de celui-ci, est localisée dans la grande ville : Paris, Marseille. La catégorie des médecins qui s'y livrent ont été surnommés les médecins « marrons ». Leur existence provient du grand nombre d'étrangers dans ces deux endroits et du petit nombre d'adhérents au syndicat médical :

Ainsi dans la Drôme, sur 140 médecins 120 font partie du Syndicat.

Dans la Seine, sur 6.000 médecins 1.800 seulement font partie du Syndicat !

A Marseille, les choses se passent avec un certain pittoresque. Voici la petite histoire qui m'a été contée : un médecin traitant avait envoyé un certain nombre de clients à opérer à un chirurgien. Celui-ci, soit par négligence soit par habitude comptable, ne lui avait pas de quelque temps ristourné les sommes convenues. Un matin, il reçut le billet ainsi conçu : « Mon cher confrère, j'ai l'honneur de vous faire savoir que ma voiture est à bout de souffle et qu'elle attend une remplaçante ». Le chirurgien comprit et solda la note chez le garagiste pour l'achat de la nouvelle voiture.

Les Syndicats, et c'est à leur honneur, même les plus avancés, ont rarement voté le droit aux honoraires pour le médecin n'assistant pas à l'opération.

2) Tout le monde accepte des honoraires d'assistance. Ils sont parfaitement justifiés quand le malade connaît leur existence et leur quantum. La seule assistance du médecin traitant est précieuse pour le malade, elle agit sur lui comme un réconfort moral, et dans l'appréhension du bistouri il est appréciable d'avoir auprès de soi le visage connu de son médecin. En outre, il peut lui être utile pour l'avenir d'avoir vu de ses propres yeux l'opération pour mieux discerner les causes de suites possibles à brève ou longue échéance ⁽⁴⁾. La présence du médecin à côté du chirurgien peut se révéler fort utile au cours de l'opéra-

(4) H. VERGER, *Précis de Déontologie Médicale*.

tion : sur le mode d'anesthésie d'abord, sur la conduite même de l'opération (dans certaines opérations de tumeurs du cerveau le rôle du médecin traitant est aussi important que celui de l'opérateur) et aussi ne le négligeons pas, sur l'avis éventuel qu'il peut donner au chirurgien sur un cas de conscience : dans une intervention sur les organes génitaux d'une femme le médecin traitant qui a pu recevoir les confidences ou les recommandations de la malade sera à même au moment voulu de faire les observations nécessaires au chirurgien. La malade a demandé au médecin que l'on tente tout pour lui conserver des chances de maternité : le médecin fera part de ce souci à l'opérateur et pèsera sur lui pour conserver une portion d'ovaire.

Le domaine de l'assistance est vaste, mal défini, le rôle du médecin traitant variable ; l'assistant peut demander à l'opérateur une part excessive du prix global ou l'opérateur la lui proposer. D'autre part, il peut arriver que certains médecins traitants poussent l'opérateur à demander un prix élevé de façon à recevoir eux-mêmes des honoraires plus élevés, l'habitude étant dans la région que le médecin traitant reçoive un pourcentage global du prix demandé. Il peut arriver encore que certains médecins traitants demandent par note séparée des honoraires pour assistance à l'opération, alors qu'ils sont déjà rémunérés de cette assistance par l'attribution d'une part du prix global. Cette dernière hypothèse est très fréquente. Le premier et le troisième cas sont les plus fréquents en pratique. Le client reçoit du chirurgien une note globale pour acte opératoire. Il règle et sur ces honoraires est remise à son insu une part convenue. Le médecin

traitant a droit pourtant à de légitimes honoraires pour son concours à l'opération : il préfère les recevoir clandestinement et c'est pour cette raison qu'il y a dichotomie. Le client réglera de même la note d'honoraires de son médecin pour soins relatifs à son opération. La grande masse des médecins traitants reçoivent donc des honoraires d'assistance proportionnés ou non au service rendu mais ils les reçoivent à l'insu du client. Et le Dr Rist peut écrire avec raison que « le chirurgien a trompé son client en réclamant pour prix de son opération une somme supérieure à celle qu'il entend garder par devers lui et à laquelle il estime le service rendu, et en remettant clandestinement au médecin la différence. Le médecin peut tromper son client en se faisant rémunérer deux fois pour le même service quand sa note d'honoraires comporte ceux de l'opération » (5).

Le taux de la commission occulte est-il régi par la concurrence et la surenchère seule ou s'équilibre-t-il aux environs d'un chiffre quasi convenu pour la localité ou la région ?

Au début et encore dans la grande ville, le taux paraît être régi par la concurrence et la surenchère seules. Il est essentiellement variable et constitue un mode de rémunération fort imparfait. Il dépasse de beaucoup les taux usités dans la commission commerciale : il atteint en effet, 30, 50, 75 % (Dr Rist *La Dichotomie* p. 22, Dr Okinczyc, p. 71, prof. Sergent, p. 131). Ces mêmes auteurs citent le cas d'un chirurgien qui a donné le 100 % à la première opération,

(5) Docteur RIST, *La Dichotomie*, p. 21, 22.

et comme le 100 % menaçait d'être donné par d'autres et que, par conséquent il risquait de ne plus avoir d'opérations, il a dit : « A la septième opération, je redonnerai 100 % ». Ce désordre a ému les syndicats et certains ont décidé de fixer des taux bien déterminés.

C'est ainsi que le Syndicat de la région Niortaise ⁽⁶⁾ avait adopté le principe de la dichotomie et avait fixé à l'unanimité au tiers le taux à allouer au médecin traitant présent à l'opération. Le syndicat des Chirurgiens français adoptait, en 1927 ⁽⁷⁾, la moyenne de 25 %. Le Dr Renon s'exprimait ainsi : « Dans aucun cas il semble que la part des honoraires médicaux doive être supérieure à la part des honoraires chirurgicaux, il peut tout au plus y avoir égalité. Le maximum des honoraires auxquels peut prétendre le médecin sera donc pour ces cas-là de 50 %. Par contre, dans beaucoup de cas la part du service rendu par le médecin se borne à une simple constatation d'une affection courante, et on peut dire que la part qui reviendrait légitimement au médecin se réduit à néant. En prenant la moyenne, nous arrivons au quart. »

SECTION III

La Dichotomie à l'Etranger

Des enquêtes ont été faites soit individuellement par tel ou tel médecin, soit collectivement par l'Asso-

(6) *Concours Médical*, 7 octobre 1923, p. 3163, article du docteur DUCHESNE.

(7) *Bulletin du Syndicat des chirurgiens français*, nov. 1928, p. 188 et suivantes.

ciation professionnelle internationale des Médecins (A.P.I.M.). Des articles ont été écrits dans les revues médicales étrangères. Nous nous inspirerons de ces diverses sources. On pourra voir que la dichotomie existe dans toutes les parties du monde.

EN EUROPE, la France n'a pas le monopole de cette pratique. L'Italie et l'Autriche la possèdent à l'état habituel.

En *Italie*, la question a évolué depuis un article du Dr Cajus, en 1919 ⁽⁸⁾, tendant à la justifier. Il écrivait que « la dichotomie peut être un acte excusable déontologiquement s'il est accompli par des praticiens honnêtes qui ont assisté ensemble un malade et d'un commun accord, et parmi lesquels celui qui a exécuté l'acte matériel de l'opération s'est rendu compte des difficultés de tous genres rencontrées par l'autre pour formuler un diagnostic et pour décider l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Il s'est rendu compte aussi de l'évaluation injuste que la famille du client fait d'habitude de l'œuvre du médecin traitant ».

Nous voulons croire que ces praticiens « honnêtes » puissent bénéficier des circonstances atténuantes, il n'en est pas moins vrai que le vice de clandestinité frappe l'opération d'une tache répréhensible du point de vue déontologique. En outre, des praticiens honnêtes devraient avoir à cœur de faire disparaître « l'injustice » du client. Et le Dr Cajus écrivait que les cas de dichotomie « excusables » n'étaient pas très nombreux en Italie. En 1930, le ton des articles a changé. Dans la même revue ⁽⁹⁾, nous pouvons lire sous la

(8) *Sezione Pratica*, 1919, fasc. 2, p. 67, « Nella vita professionale : La Dicotomia ».

(9) *Sezione Pratica*, 1930, fasc. 45, p. 1478, « Nella vita professionale : La Dicotomia ».

plume de Pangloss : « Le désir de tirer profit d'une profession conquise par tant de sacrifices, les besoins même de la vie, poussent à suivre des voies tortueuses quand le droit chemin se présente comme impraticable par suite d'un encombrement excessif... Le nombre des malades ne croissant pas proportionnellement avec le nombre de médecins, quelques-uns de ces derniers, heureusement peu nombreux, pensent retirer ou faire retirer à des collègues complaisants tout le profit possible et même un surprofit des rares clients. D'abord est apparue la dichotomie médico-chirurgicale, enfin la dichotomie médico-médicale sous l'effet de la multiplication des spécialisations et des spécialités. Malheureusement cet accroissement de la concurrence ne bénéficie pas au malade par un abaissement de tarifs, le gain est pour le médecin qui exige telle analyse et indique celui qui doit la faire. »

L'enquête individuelle du Dr Dubreuilh, de Bordeaux ⁽¹⁰⁾, indique la réponse du correspondant italien : « La dichotomie est très répandue, c'est un signe et une cause de démoralisation. »

Même réponse dans l'enquête Y de l'A.P.I.M. ⁽¹¹⁾ : « Il faut reconnaître qu'elle est très répandue dans notre pays. »

En *Autriche*, la réponse à l'enquête Y fut la suivante : « Dans notre pays existe la pratique dénommée « dichotomie », dans laquelle une ristourne est faite à l'insu du client ». Ce serait une pratique assez habituelle mais limitée à un certain nombre de médecins. Le taux de la remise varierait de 20 à 25 %.

(10) *Paris Médical*, 4 juin 1932, p. 537 et suivantes.

(11) *Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale*, août 1933, p. 22.

Le correspondant *Belge* se montre assez discret en indiquant que « cette pratique existe et se fait à l'insu du client. Elle n'est appliquée qu'exceptionnellement par des médecins peu scrupuleux et n'est pas admise par les médecins consciencieux et honnêtes. C'est une pratique blâmable et condamnée par nos groupements professionnels » ⁽¹²⁾. M. le Dr Dubreuilh écrit que « c'est le seul pays où la dichotomie soit reconnue et défendue officiellement ». Cependant, dans les résultats du référendum institué en 1927 par le Comité de la Fédération Médicale Belge, il ne s'agit que du partage d'honoraires patent, connu du malade. La Fédération, en effet, juge nécessaire que sinon les termes de ce partage, du moins l'existence de celui-ci soit portée à la connaissance de l'opéré ⁽¹³⁾. Quoi qu'il en soit, c'est en Belgique que l'on trouve les décisions judiciaires les plus typiques sur la dichotomie depuis le procès Bribosia ⁽¹⁴⁾ jusqu'au jugement du Tribunal Civil de Bruxelles du 25 avril 1931 (*Pandectes périodiques* mai 1931, p. 274), qui fit grand bruit non seulement dans son pays d'origine, mais à l'étranger et notamment en France (*Paris-Médical*, 12 mars 1932, pp. 286 et 496) et également au jugement du 13 avril 1937 du Juge de Paix de Verviers.

Tous les pays n'ont pas la haute moralité des *pays Scandinaves*, où les réponses à l'enquête personnelle du Dr Dubreuilh et à l'enquête de l'A.P.I.M. sont identiques. Le professeur Jersild, de Copenhague, ne connaît pas un seul cas. Aucun médecin danois n'o-

(12) *Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale*, août 1933, p. 21.

(13) *Paris Médical*, 4 juin 1932, p. 537 et suivantes.

(14) *Journal Médical de Bruxelles* du 18 décembre 1902.

serait ni offrir ni accepter des honoraires de cette sorte. La Suède et la Norvège ne la connaissent pas ⁽¹⁵⁾.

L'*Europe Centrale*, à l'exception de l'Autriche, est assez peu touchée par la Dichotomie, pour des raisons diverses d'ailleurs : en Suisse, à cause de l'exiguïté du territoire et de la possibilité qu'ont les malades de connaître assez bien les chirurgiens et les honoraires approximatifs. En *Hongrie*, elle est loin d'être systématisée, on cite toujours le cas d'espèce d'un chirurgien mort il y a une vingtaine d'années, qui était arrivé à une très haute situation grâce aux riches cadeaux adressés aux femmes de confrères pourvoyeurs ; en *Allemagne* elle existerait, mais seulement dans quelques grands centres.

Le Dr Cox, correspondant national de la Grande-Bretagne, qui suggéra l'enquête Y sur la répartition des honoraires en cas d'intervention commune et de Dichotomie, a fourni, soit à l'A.P.I.M., soit au Dr Dubreuilh, des renseignements intéressants. Le mot de dichotomie en *Angleterre* est remplacé par celui de « fee splitting », ou partage des honoraires. Elle est assez rare en raison de la forte organisation professionnelle qui y existe : Medical Register, sorte de tableau où sont inscrits tous les médecins du Royaume-Uni et dans lequel sont choisis les médecins experts, les médecins d'assurances, fonctions très importantes en Angleterre ; — Général Medical Council, tribunal professionnel compétent en matière de déontologie qui juge sans appel et prononce des sanctions

(15) On peut se demander toutefois si une certaine part d'orgueil national n'entre pas dans ces réponses.

d'ordre professionnel (radiation temporaire ou définitive du Médical Register). Ces sanctions sont lourdes, car la médecine individuelle est l'exception en Grande-Bretagne. Aussi, dès qu'un médecin est rayé du Médical Register, il perd par le fait même, les trois-quarts de ses revenus. Le Congrès de Birmingham a voté des résolutions analogues à celles des autres nations. Il semble toutefois en ce dernier pays que les milieux médicaux ne se bornent pas à un blâme de principe tout en tolérant officieusement la chose. Le journal médical « The Lancet », a publié en 1927 un article de Sir Squire Spriggs sur le point de vue civil et le point de vue pénal de la Dichotomie.

En *Amérique*, le problème existe plus que partout ailleurs (certains pensent que ce fut le pays d'origine de la Dichotomie). Et J. J. Golub écrit ⁽¹⁶⁾ que le *public* se préoccupe de plus en plus d'un développement incroyable de la « division of fee », c'est-à-dire du partage des honoraires, entre les médecins de différents endroits. Et il ajoute malicieusement : nous ne manquons d'apprécier le sens profond de cette parole : « Now sickening physick hangs her pensive head what was once a science now's a trade ». Maintenant la médecine languissante penche sa tête pensive — et ce qui fut autrefois une science est devenu aujourd'hui un commerce ». Les causes de ce phénomène sont de même nature en Amérique qu'en France : le mauvais état des finances du médecin de médecine générale, l'accroissement de la spécialisation. Les spécialistes doivent avoir des malades et, pour en avoir, beaucoup d'entre eux se font concurrence. Enfin un

(16) The problem of fee splitting : « A Suggestion toward a solution (*Medical journal and Record*, vol. 128, 1928, p. 221-222).

troisième facteur propre aux Etats-Unis mais analogue au gain manqué (*lucrum cessans*) que font valoir certains de nos praticiens (cf *infra*), c'est l'hôpital privé (*closed hospital*). Le médecin qui envoie des malades à des membres importants du personnel de l'hôpital privé craint que ces cas sérieux soient définitivement perdus pour lui.

La construction de nombreux hôpitaux, la meilleure organisation des écoles médicales, l'exigence et la sévérité pour les candidats qui veulent s'inscrire, toutes mesures qui ont pour but d'améliorer le niveau de ceux qui auront leur diplôme sont accompagnées de l'usage croissant de la dichotomie ! (Golub p. 221). Les dangers énumérés par l'auteur sont les mêmes qu'en France. Il en découvre onze :

- 1) On n'obtient pas toujours le médecin consultant ou le chirurgien le plus compétent quand la question de rétribution entre en jeu.
- 2) Apparition (consécutive) de pseudo médecins consultants et de pseudo chirurgiens.
- 3) Perte de l'exercice légitime pour des médecins consultants qualifiés et pour des chirurgiens habiles qui ne dichotomisent pas.
- 4) Tendance à appeler un médecin consultant sans nécessité.
- 5) Tendance à faire faire des travaux de laboratoire inutiles : rayons X, métabolisme fondamental, électro-cardiographie et travaux de transfusion du sang.
- 7) On fait payer trop au malade, qui s'en indigne.
- 8) L'effet causé est désastreux lorsque le médecin qui a envoyé le malade accepte une somme qu'il n'a pas gagnée par son travail.

9) C'est un exemple fâcheux pour les jeunes et nouveaux médecins qui entrent dans la carrière.

10) La dichotomie provoque l'accroissement du nombre des sanatoria où la chirurgie ne peut pas être sérieusement contrôlée et surveillée.

11) Enfin c'est l'accroissement proportionnel des lits vides dans les hôpitaux libres de premier rang.

Golub poursuivant son remarquable rapport, envisage comme un remède la mise au grand jour du procédé : « que le malade paye mais qu'il sache pourquoi il paye et qui il paye ». Pour ce faire, une note présentée par l'Hôpital avec indication des parts revenant au médecin consultant ou au chirurgien — au médecin de médecine générale — à l'hôpital lui-même. La part revenant au médecin de médecine générale pour sa collaboration effective irait dans le projet de Golub de 15 % pour une opération comprise entre 5 et 50 dollars à 32 % pour les opérations de 500 dollars et au-dessus.

Le Dr Locwood, président de l'Association chirurgicale de la Côte du Pacifique ⁽¹⁷⁾, déplore la préparation américaine à la pratique de la chirurgie, souhaite un apprentissage spécial d'au moins cinq ans, la licence médicale régulière n'apportant avec elle que le droit de pratiquer la petite chirurgie et la chirurgie d'urgence. Trop souvent un diagnostic hâtif est fait sur des signes insuffisants lorsqu'il s'agit de chirurgie élective. Abordant la question des honoraires, il déclare que le partage des honoraires, malgré la condamnation par un grand nombre de chirurgiens et par l'American Collège of Surgeons, n'en est pas

(17) Voir *Paris Médical*, 29 oct. 1927, p. 333 et suivantes.

moins encore suivie par nombre de chirurgiens et elle est défendue par quelques-uns comme justifiée. Elle abrutit (stultifie) pourtant la conscience des deux parties.

Par ailleurs, un gros danger, c'est le fait de demander des honoraires exorbitants de la part des jeunes chirurgiens. Cette tendance actuelle à développer le côté « faire de l'argent » (make money) de notre profession doit être sévèrement condamnée.

En Amérique comme ailleurs, les associations professionnelles se sont émues de la question. C'est ainsi que le collège des chirurgiens de Washington, lors de sa fondation, a décidé qu'aucun membre ne pourrait poser sa candidature de « fellow » s'il ne s'engageait tout d'abord à ne pas pratiquer le « fee splitting » ⁽¹⁸⁾.

L'Association professionnelle internationale des Médecins, au cours de la 8^e session de son Conseil général, en septembre 1933, votait, après discussion du rapport du Dr Vuilleumier, la résolution suivante ⁽¹⁹⁾ :

Le Conseil général de l'A.P.I.M....

« Estime que la dichotomie, c'est-à-dire le partage clandestin des honoraires effectué à l'insu du malade et trop souvent sans rapport avec les services rendus au malade est :

- 1) Immorale, comme constituant une gratification donnée par un médecin à un autre et ne correspondant pas à un service rendu au malade.
- 2) Une cause de démoralisation du corps médical.
- 3) De nature à ébranler et à compromettre la di-

(18) A propos du fee splitting, par René CRUCHET, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mai 1924, p. 333.

(19) *Revue de l'A. P. I. M.*, novembre 1933, p. 51 et suivantes.

gnité du Corps médical et la considération dont il doit jouir.

Ceci étant, il réprouve et condamne absolument la pratique de la dichotomie et engage vivement les organisations médicales des pays dans lesquels elle est usitée à lutter énergiquement contre elle pour sauvegarder l'honneur du Corps médical dans son ensemble. »

CHAPITRE III

LES CAUSES DE LA DICHOTOMIE

Pourquoi le chirurgien est-il amené à offrir à l'insu de l'opéré, ou le spécialiste à l'insu du malade, une part des honoraires qu'il vient d'encaisser? Pourquoi le médecin traitant demandera-t-il au chirurgien sa ristourne et acceptera-t-il celle qui lui est offerte par les auxiliaires de la médecine ?

Les causes de ce fait sont nombreuses et d'importance différente. Essayons de les dégager et de les ranger dans leur ordre.

On a mis en premier lieu *la misère* du chirurgien comme celle du médecin. Or l'oïiveté comme la misère dont elle est la conséquence est mauvaise conseillère. « Elle est sinon l'excuse, du moins la circonstance atténuante pour les fautes commises contre l'honneur professionnel » ⁽¹⁾. Mais d'où vient la misère elle-même ? Incontestablement de l'encombrement de la profession médicale. Ce sujet de la pléthore médicale est parvenu aux oreilles du grand public, il a débordé depuis longtemps les cadres des journaux strictement professionnels ⁽²⁾. Le professeur Sergent, dans

(1) *La Pléthore Médicale*, *Revue de France*, 15 janvier 1931. Professeur SERGENT.

(2) Professeur BATHAZAZD, *La Pléthore Médicale : Médecin de France*, 1^{er} avril 1931. Rapport sur la question de la pléthore médicale, par M. le Professeur Balthazard. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 26, séance du 7 juillet 1931 : Remèdes à la pléthode. Médecin de France, novembre 1934, propositions de L. PORTMANN.

l'article de la *Revue de France* pose ces deux interrogations alarmantes : « N'est-ce pas aux difficultés matérielles issues de la pléthore médicale que nous devons attribuer la tendance qu'a prise notre profession à se rapprocher du commerce ? »

Ne sommes-nous pas autorisés à considérer l'encombrement de la profession médicale comme un danger qui menace de la faire sombrer dans le discrédit et l'avilissement ? »

Sur cette question qui touche à l'intérêt général de la profession, l'accord unanime s'est réalisé et les différentes revues professionnelles, sous des plumes les plus autorisées et les plus distinguées, ont étudié le problème et apporté leur contribution à un essai de solution. Mais d'où vient cet afflux croissant de nouveaux médecins ? On a coutume de répondre par les explications suivantes :

— L'indulgence des jurys aux examens : les professeurs président en somnolant ou en faisant leur courrier, des examens qui ne sont plus que des distributions automatiques de récompenses. Leur vrai métier est celui de médecin, non de professeur, et ils ne tiennent pas à se faire une mauvaise réputation, aussi ne refusent-ils pas ⁽³⁾.

— L'équivalence trop large accordée aux diplômes étrangers ⁽⁴⁾.

— L'afflux dans la profession médicale de candidats issus de nouveaux milieux sociaux. Loin de nous la pensée de mésestimer ou de dénigrer nos camarades de famille humble et modeste : souvent leur travail

(3) Docteur Bosc, *La Dichotomie*, p. 181.

(4) Voir l'article pittoresque du même docteur Bosc, « Les Mercenaires à l'assaut de la Médecine », *Gazette Médicale de France*, 14-15 juillet 1930. Ce danger n'existe plus depuis la loi du 26 juillet 1935.

et leur honnêteté sont supérieures à ceux de leur collègues « fils de famille ». Mais il est arrivé que des jeunes gens ont entendu constamment célébrer dans leur milieu le culte de l'argent et applaudir au succès des entreprises utilitaires : avec quelle mentalité pénètrent-ils dans la médecine où devrait les appeler un goût hérité de leur père, sinon une vocation ? ⁽⁵⁾.

Cependant, si c'est au cours des années 1930-1934 que s'est fait le plus sentir l'accroissement des diplômes d'Etat de docteur en médecine, et de 1924 à 1930 que la statistique du P.C.B. a augmenté, nous pouvons constater sur les statistiques 1935-1936 une diminution à ces deux postes.

Voici la statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les neuf dernières années scolaires ⁽⁶⁾ :

1927-28 :	901	
1928-29 :	965	soit 64 en plus.
1929-30 :	1.052	soit 87 en plus.
1930-31 :	1.120	soit 68 en plus.
1931-32 :	1.123	soit 3 en plus.
1932-33 :	1.299	soit 170 en plus.
1933-34 :	1.464	soit 171 en plus.
1934-35 :	1.579	soit 115 en plus.
1935-36 :	1.496	soit 83 en moins.

Voici la statistique des étudiants inscrits en vue du certificat d'études P.C.B. durant les quinze dernières années (pour toute la France) :

(5) Docteur FIESSINGER, « La Formation intellectuelle et morale du médecin », *Revue des Deux-Mondes*, 1^{er} mars 1933.

(6) *Carnet Médical Français*, novembre 1936, p. 1478-1479.

1922 :	1.349	
1923 :	1.398	en plus 49
1924 :	1.682	en plus 284
1925 :	1.900	en plus 218
1926 :	2.211	en plus 311
1927 :	2.414	en plus 203
1928 :	2.991	en plus 577
1929 :	3.072	en plus 87
1930 :	3.371	en plus 293
1931 :	3.233	soit 138 <i>en moins</i>
1932 :	2.971	soit 262 <i>en moins</i>
1933 :	3.092	en plus 121
1934 :	3.298	en plus 206
1935 :	2.929	soit 569 <i>en moins</i>
1936 :	2.390	soit 539 <i>en moins</i>

Malgré les cris d'alarme de ces auteurs, nous pensons que l'examen des statistiques du P.C.B. par exemple, est loin de la réalité. Et nous ferons observer d'abord, que l'examen du P.C.N., puis du P.C.B., n'est pas l'avenue inéluctable de la médecine : en effet peuvent préparer le P.C.B. les étudiants qui se destinent à une école vétérinaire, les instituteurs qui veulent poursuivre leurs études scientifiques en vue d'une licence de science ou d'un professorat, les étudiantes en médecine, mais elles ne peuvent entrer sérieusement en ligne de compte lorsqu'on parle de pléthore : l'expérience montre qu'au cours d'étude il arrive souvent qu'elles trouvent un mari et que si, persistant dans leur voie, elles se mettent à exercer, leur succès est assez maigre. Ensuite, s'il y avait vraiment pléthore, le médecin qui abandonne la carrière ne trouverait nullement à céder à beaux deniers son

cabinet. La cession de clientèle médicale est pourtant devenue courante, la jurisprudence l'admet lorsqu'elle n'est envisagée par les parties que comme un droit de présentation de successeur à la clientèle avec engagement du cédant de ne pas exercer dans un certain périmètre. Enfin au lieu d'impressionner le public par des chiffres croissants d'étudiants, ce qui est peu probant, il vaudrait mieux examiner les praticiens *en exercice*. On peut dire qu'en général il n'y a *pas pléthore* : en effet, si sur une liste de docteurs en médecine on prend soin de séparer soigneusement les catégories, on s'aperçoit rapidement de la rareté du praticien de médecine générale. A côté, nous trouvons des spécialistes en grand nombre et en variété accrue : chirurgiens, otho-rhino-laryngologistes, radiologues. Nous trouverons des médecins des hôpitaux qui ne font pas de visites à domicile et ne reçoivent que sur rendez-vous. Nous trouverons encore des médecins salariés ou fonctionnaires (experts près les Tribunaux, inspecteurs d'écoles, médecins des Assurances sociales) ou de collectivité qui n'exercent pas la médecine générale. Et ainsi lorsqu'on serre de près la réalité on se rend compte qu'il y a une spécialisation croissante et une diminution corrélative du médecin ordinaire. Or c'est pourtant vers lui que devra se diriger tout d'abord le patient atteint de malaise, quitte à être dirigé par la suite vers un spécialiste qui apparaît comme un

AUXILIAIRE DE LA MÉDECINE.

Et précisément, s'il y a pléthore en quelque endroit, elle se trouve d'abord dans certaines branches de spécialités. L'attrait de l'exercice d'une spécialité est sensible : on reçoit le client au lieu d'aller chez lui. On tient un cabinet que l'on clôt à heure fixe. Passée l'heure, aucun risque d'être dérangé ou de se lever

la nuit pour se rendre auprès d'un malade. Aussi les statistiques particulières à chaque branche nous montrent des coefficients 8 et 10 pour certaines catégories (radiologie, otho-rhino-laryngologie).

Est-ce à dire qu'il faille rejeter toute idée d'encombrement dans la médecine générale ? Si nous avons posé le principe, il y a des exceptions et, là encore, nous trouvons une pléthore relative à *certaines régions* : Paris et quelques points du Midi de la France sont assurément congestionnés. Certes il faut reconnaître que là aussi sévit plus fortement la dichotomie. Il n'en faut pas conclure pourtant à une pléthore généralisée. Répétons-le, elle n'est pas absolue, elle n'est que relative.

Quelques esprits ont voulu y voir plutôt un problème de mauvaise répartition des médecins sur le sol français. Nous voulons bien croire à ce sujet à l'influence profonde que peuvent avoir leurs femmes sur de jeunes médecins à l'aube de leur exercice. Combien de nos camarades qui se sont mariés en fin d'études et qui, au moment de s'établir dans des chefs-lieux de canton, où ils étaient sûrs de se créer une situation importante, se sont vus détournés ou même obligés de renoncer à ce projet honorable par le refus catégorique d'une épouse qui ne veut abandonner aucune de ses distractions de jeune fille. Et alors, cédant aux instances de sa femme, le jeune médecin s'établit dans la grande ville et souvent, trop souvent, l'impécuniosité et une vie besogneuse sont le prélude aux diverses compromissions.

Nous voulons aussi croire à l'intérêt qu'il y aurait à assurer la présence d'un médecin dans certains chefs-lieux de canton de montagne au moyen de Cais-

ses de compensation qui rétabliraient l'équilibre à leur profit en corrigeant la faible densité de la population et l'écart excessif des habitations.

Une autre parmi les causes de la dichotomie, et tout aussi importante que la précédente, c'est l'exigence, l'ingratitude, l'*injustice de la clientèle*. On peut établir pour principe que, lorsque l'acte médical cesse d'être simple, il se crée un antagonisme sournois, tenace, rusé de la part du client vis-à-vis de son médecin. Trop souvent le client ne sait pas apprécier à leur juste valeur les soins précieux grâce auxquels il a recouvré la santé ou prolongé sa vie. Il ne le sait pas, car il ignore le côté travail, sacrifice, risque, de la profession médicale. Un jugement superficiel lui fait apercevoir seulement le train de vie décent que doit tenir tout médecin, l'appartement confortable qu'il exige lui client (car si le médecin s'avisait de loger dans un immeuble modeste, il se priverait par là-même de la partie aisée de sa clientèle) la voiture automobile qui n'est qu'un instrument professionnel.

Et nous nous rangeons sans réserve à l'opinion éminente du Dr Legendre lorsqu'il écrivait (7) :

« L'argent que le médecin reçoit comme dédommagement des années consacrées à l'étude, des conseils de son expérience et comme prix de son intervention manuelle, ne peut continuer à être appelé « honoraires », que si le malade en le lui remettant a conscience de n'être pas absolument quitte envers lui et de demeurer encore son obligé en quelque mesure, en l'honorant ». Les médecins traitants pourraient écrire des vo-

(7) *Déontologie et Jurisprudence Médicale*, par LEGENDRE et RIBADEAU-DUMAS, p. 302 et sq.

lumes sur les roueries, parfois les vilenies de la clientèle dont ils ont été les victimes. Mais, dira-t-on, un médecin doit avoir l'autorité suffisante pour demander de justes honoraires fixés après délibéré avec sa conscience. C'est là un drame individuel que lui épargnerait un tarif spécial minimum de la clientèle libre. Mais un tarif n'est qu'une indication, il est des cas d'espèces qui ne rentreront jamais dans le cadre d'un tarif !

Comme l'a dit dans ses conférences et l'a écrit magistralement le Dr Okinczyc : « Le malade s' imagine volontiers qu'il a tous les droits et c'est précisément dans la négligence et l'oubli des devoirs élémentaires à l'égard du médecin que la dichotomie trouve sa raison d'être, sinon sa justification. »

Les théologiens les plus éminents ⁽⁸⁾ et l'abbé Valton, dans sa remarquable thèse ⁽⁹⁾, estiment que le médecin a *droit* à de *justes* honoraires et comprennent les explications données par les médecins pour justifier leur attitude. La sérénité du théologien nous semble propre à démêler ce problème et l'abbé Valton fait remarquer avec pertinence que la cause du mal est dans l'attitude des médecins qui ne s'organisent pas pour y remédier : plus ils pratiquent la dichotomie, moins le malade sera sensible à la considération de leurs droits propres.

Nous venons de signaler l'incompréhension souvent coupable du client libre, mentionnons en terminant sur ce point son indélicatesse avant de nous rendre compte des honoraires de famine qu'imposent aux praticiens les personnes morales de droit public et de droit privé.

(8) G. PAYEN, *Déontologie Médicale d'après le droit naturel*, Chang-Hai, 1922.

(9) Un cas épineux de déontologie : la Dichotomie, Troyes, 1935.

L'indélicatesse des clients se traduit sous forme de charité forcée, imposée à leur médecin en faveur de personnes auxquelles ils s'intéressent ou de leurs domestiques. Le médecin hésitera à mécontenter le client en renvoyant son protégé et se laissera extorquer une consultation. Le trait humoristique de l'histoire c'est la gratitude du malade soigné gratuitement : quelque temps plus tard le médecin charitable voit arriver une personne qui lui remet le billet ainsi conçu : « Connaissant, mon cher docteur, votre grande bonté, je n'hésite pas à vous adresser, *dans les mêmes conditions*, etc... etc...

L'avarice des Administrations publiques ou privées est chose connue parmi les médecins. Généralement ce sont les jeunes qui sont leurs victimes, se laissant facilement séduire par le mirage d'une rétribution assurée pour une certaine quantité de clientèle. L'Etat se doit de donner le mauvais exemple : dans ses différents services il possède ses médecins qu'il charge de besognes parfois délicates pour une rétribution dérisoire. Le Docteur Rist cite des cas symboliques : il n'y a dans l'énorme hiérarchie administrative sous laquelle notre pays succombe qu'une seule fonction dont le traitement soit resté fixé exactement au même nombre de francs papier qu'il comportait de francs or avant la guerre, c'est celle du conseiller technique médical au Ministère de l'Hygiène. Pour qui pénètre un peu dans les milieux médicaux, sait qu'il a fallu des luttes tenaces aux syndicats départementaux pour arracher aux Conseils généraux des tarifs très réduits en matière d'assistance médicale gratuite notamment.

A l'exemple des personnes morales de droit public les Compagnies d'Assurances, les Mutualités, les

grandes entreprises privées sont loin d'honorer les médecins en proportion des services rendus. Il semble être de tradition qu'un médecin doive s'estimer honoré déjà par le choix d'une Compagnie industrielle. Les Docteurs Rist et Okinczyc citent le cas de certaines associations de secours mutuels qui donnaient au médecin, avant la guerre, cinquante centimes *par an* et *par famille*. « Le tiers payant s'est efforcé d'apprécier, de tarifier des grandeurs de l'ordre intensif, comme dirait Bergson, et de leur appliquer les barrêmes d'un système forcément et purement extensif. Dès son apparition on a vu s'organiser toute une industrie faite de marchandages et maquignonnages, de compromissions » (G. Duhamel. Les Excès de l'Etatisme et les responsabilités de la médecine. *Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1934).

Il est lamentable, mais il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que la fraude s'introduise dans l'application des lois sociales et que des médecins peu scrupuleux cherchent à profiter d'une législation aussi dédaigneuse de la qualité en l'exploitant à leur profit du point de vue de la quantité. Puisque le travail honnête, approfondi, consciencieux n'est pas honoré, multiplions le travail superficiel, rapide, malhonnête ou même fictif ; substituons hardiment la quantité à la qualité et nous y gagnerons de quoi vivre ⁽¹⁰⁾.

Dernière cause à énumérer dans l'explication de la dichotomie : *la crise de morale*, la déchéance du sentiment de l'honneur professionnel accompagnée de l'esprit de lucre et du besoin de luxe. Il est incon-

(10) Docteur RIST, *La Dichotomie*, p. 54.

testable que depuis quelques années les besoins normaux ont cédé la place aux désirs ; de véritables appétits se sont emparés des jeunes : était-ce pour se venger des privations subies pendant la guerre, était-ce le goût du siècle ? Toujours est-il qu'on a vu parvenir des les situations libérales qui exigent avant tout conscience et dévouement, comme la profession de médecin et la profession d'avocat, des candidats animés d'un esprit de lucre intense ; s'il vous arrivait de demander entre collègues à un camarade de médecine pourquoi il avait choisi cette profession, vous entendiez rarement répondre : « je prendrai la suite de mon père où mon goût m'y pousse, c'est une vocation pour moi » — mais, au contraire plus souvent : « La médecine gagne beaucoup d'argent, les docteurs ont tous des autos et des domestiques, de jolies maisons ». Cette intention, au cours des études, peut changer, faire place au goût vraiment voisin de la vocation grâce au contact des malades dans les hôpitaux ou cliniques. Mais, dès les débuts de l'exercice, le jeune médecin, parti avec de bonnes intentions, voit vite la différence entre la pratique et la théorie enseignée par des maîtres rigides ! Et comme il n'y a que la pratique qui compte (nous nous l'entendons assez dire, souvent avec une nuance de mépris au sortir de nos Facultés), il faut se mettre à l'unisson.

D'ailleurs, la dichotomie présente un gros attrait : il y a en elle la satisfaction de cet instinct de jeu, de spéculation que tout homme possède. La discrétion du procédé encourage la pratique, prélever une partie du gâteau que va s'offrir le chirurgien, c'est plus facile et plus sûr que d'en demander un pour soi-même. Le client, qui ne saura jamais rien, gardera toute sa con-

fiance et toute sa reconnaissance au bon docteur si désintéressé ! Et pourtant on frémit lorsqu'on entend dire un médecin à un représentant en pharmacie : « Ce qui m'intéresse, ce n'est point de faire des visites médicales, elles me paient mes taxis et mon argent de poche. Il faut que, dans les huit jours, un malade me rapporte un billet de mille ». Et ainsi se multiplient les appendicites, ce Klondyke chirurgical ; ainsi se multiplient les renvois de spécialiste à un autre spécialiste pour aboutir à une opération. Et alors ces honoraires en second, ce témoignage de l'entr'aide entre confrères, arriveront au compte courant de chèques postaux qui voisine sur le papier ou qui a remplacé les titres dont autrefois le médecin était si fier et qu'il croyait pouvoir favorablement influencer sa clientèle. Le but pour certains praticiens dont le souvenir amène toujours un peu d'émotion a pu être, à la fin de la carrière d'avoir « un bel enterrement ». Autres temps, autres mœurs ! L'enterrement, c'est quelque chose de lointain, presque d'immatériel. Vivement des chèques et des billets !

Nous ne voudrions pas, à propos de cette cause, tenter de jeter quelque discrédit sur le corps médical dans son ensemble. Il demeure, croyons-nous, *dans son ensemble*, digne d'estime. Il existe encore des merveilles de charité et d'abnégation qui font que le médecin demeure un notable, l'homme que l'on salue, que l'on respecte. Mais il s'est glissé et il existe une tendance très forte, envahissante par sa nature, à la commercialisation de la médecine. Or, ni la santé publique, ni le malade ne sont dans le commerce. Les principes du droit et de la morale sont d'accord pour souligner l'antinomie entre le commerce et la profes-

sion libérale. La jurisprudence ne manque jamais de souligner, dans ses décisions, ce principe ⁽¹¹⁾. D'ailleurs, en l'occurrence de la dichotomie, la ristourne se différencie de la commission commerciale à deux points de vue : son taux dépasse le taux des plus grosses commissions ; elle est clandestine, tandis que la commission est connue du public, du patron qui est au courant et qui y consent. Et la loi du 16 février 1919 pour moraliser le commerce (!) a prévu et puni « les rémunérations OCCULTES offertes ou versées aux employés des maisons de commerce et des entreprises industrielles ou sollicitées par eux ».

Nous venons de tenter d'EXPLIQUER, à notre point de vue, la raison d'être de la dichotomie. Elle existe. Mais ses fidèles ne la considèrent pas comme un dogme indiscutable, ils l'ont à plusieurs reprises JUSTIFIÉE soit dans les assemblées syndicales, soit dans des revues médicales professionnelles. Essayons maintenant de dégager les arguments, de valeur différente, qu'on a apportés à soutenir cette thèse. Nous nous permettrons, après leur exposé, de dire ce que nous en pensons.

(11) Paris, 31 mai 1866, S-67-2-49 ; Trib. Com. Lyon, 19 mars 1904, *Gaz. Comm.*, Lyon, 19 mai 1906 ; Cass. belge, 2 mai 1904, Pas. 04-1-220 ; surtout Trib. Seine, 30 juillet 1924, *Gaz. Palais*, 1924-2-553 ; Trib. Civ. de Périgueux, 23 juin 1928, S-28-2-155 (motifs) ; Trib. de la Seine, 11 janv. 1922, S-25-2-9 et les commentaires de M. PERREAU.

CHAPITRE IV

LES JUSTIFICATIONS DE LA DICHOTOMIE ET LEUR VALEUR

Elles sont nombreuses. Nous les examinerons toutes en commençant par celles qui ont été le plus souvent proposées :

Commençons d'abord par le fameux argument de la RESPONSABILITÉ. Il a été présenté sous plusieurs formes. Les médecins qui l'ont dégagé ont envisagé la responsabilité sous un double aspect : moral et matériel.

Le médecin traitant, dans le cas d'un diagnostic opératoire, encourt une lourde responsabilité *morale* : la décision même de son diagnostic peut entraîner de graves conséquences, une opération chirurgicale conserve toujours une part d'aléas. En outre cette responsabilité s'alourdit par cette mission du choix du chirurgien ⁽¹⁾ que la famille considère toujours comme un homme pressé d'opérer. Et si le chirurgien a été appelé au domicile du malade, il aura pu conseiller l'opération, mais c'est le médecin qui décidera le malade à la subir. Travail de persuasion, souvent considérable, en raison d'une répulsion fréquente, d'une appréhension très répandue pour le bistouri. Et pour-

(1) *Concours Médical*, 20 avril 1924, art. du docteur PICARD, p. 982 et sq.

tant, d'après les statistiques d'opérations, une très forte proportion, si ce n'est la totalité des cas non réussis, provient du retard dans la décision du malade qui a temporisé. Il ne fait que compliquer, par son atermolement, la tâche future du chirurgien. Le médecin le sait et il s'efforce de faire éviter cette erreur.

Et cette responsabilité est bien réelle, ajoutent ces auteurs, car elle amène trop souvent une responsabilité *matérielle* : si l'opération ne produit pas les résultats escomptés, c'est le médecin traitant qui en supportera les conséquences ⁽²⁾. Il perdra la clientèle de la famille certainement et pourra se voir discuter sa note d'honoraires. Et si, pour une raison quelconque, le chirurgien amené par le médecin a déplu, c'est encore le médecin qui en subira les conséquences. Pour couvrir ce risque de mécontentement, qui amènera la perte de la clientèle, il convient de s'assurer contre ce risque ⁽³⁾. C'est encore dans ce sens que, dans un débat sur la dichotomie à une Assemblée du syndicat de la région niortaise ⁽⁴⁾ le rapporteur citait le cas d'un de ses confrères qui fit opérer un de ses clients : dès les premières bouffées de chloroforme le malade succomba et jamais le confrère ne remit les pieds dans la maison, dont il était le médecin depuis de longues années.

Se rattachant toujours au concept de la responsabilité se trouve encore ce raisonnement : un diagnostic chirurgical demande à être honoré plus qu'un diagnostic médical ; en effet, il est juste que dans la colla-

(2) *La Clinique*, juillet 1930, n° 149.

(3) Docteur Jean VALINCOURT, *Quinzaine Médicale*, p. 150-151.

(4) *Concours Médical*, 7 octobre 1923, p. 3161.

boration qui s'institue dans l'acte opératoire le médecin traitant reçoive des honoraires chirurgicaux ⁽⁵⁾.

Ces arguments ne nous paraissent pas très pertinents : en ce qui concerne la responsabilité morale d'un diagnostic opératoire, du choix d'un chirurgien approprié, de la décision à faire accepter par le malade ou sa famille, ce sont là les tâches quotidiennes du praticien. Mais on insiste et on fait valoir que le temps peut presser ; qu'il est nécessaire de brusquer le malade et sa famille. Car il existe, et souvent, des maladies qui commandent sans discussion une intervention d'urgence. Le diagnostic précoce est plus important que l'habileté du chirurgien. Et les médecins citent de nombreux cas : la hernie étranglée, par exemple. Certes, le médecin peut chercher à la réduire, mais arrive un moment où le malade a des vomissements fécaloïdes. Alors il se décide à appeler un chirurgien qui opère « in extremis », mais le malade meurt. Ou encore le cas de la pleurésie purulente. Jamais un chirurgien n'a fait le diagnostic de pus dans la plèvre. Il ne sait pas ausculter. C'est le médecin seul qui dit au chirurgien : « là il y a du pus, voilà la côte qu'il faut enlever ». Le médecin a un rôle capital ; le chirurgien n'est qu'un barbier, il ne devrait même pas toucher le quart des honoraires du médecin. Et il en est de même dans une foule d'autres espèces : hématocele, cancer du sein, cancer de l'utérus, ulcère perforé du duodénum. Donc le médecin qui a fait le diagnostic précoce a droit à la moitié des honoraires du chirurgien.

Le service rendu au client dans ces cas apparaît

(5) Dans ce sens Dr Saint-Cyr dans *l'Information Médicale*.

important. Mais serrons de près la réalité et continuons à suivre le déroulement des faits. Lorsque le malade aura été transporté par les soins du médecin auprès du chirurgien ou que le chirurgien aura été mandé aussitôt au domicile du malade (cas plutôt rare), le chirurgien, qui va opérer, examine le malade. Il n'est pas la simple main irresponsable d'un corps dont la tête serait le médecin. Il a une part dans le diagnostic : ils sont deux à poser les indications opératoires. Et en admettant que les honoraires payés par le client représentent pour moitié la rémunération de l'opération elle-même et pour moitié la rémunération du diagnostic, le prix de l'opération doit être ventilé suivant le rôle de chacun. Le chirurgien a déjà droit à la moitié pour le fait seul de l'opération. Quant à l'autre moitié, qui représente la rémunération du diagnostic, en toute équité il doit en revenir moitié au médecin et moitié au chirurgien. Et ainsi le médecin n'a droit qu'au quart.

Bien plus, il est aisé de se rendre compte que le médecin n'est pas honoré ni d'après son diagnostic ni d'après le service rendu. C'est toute la question des diagnostics médicaux aussi importants et même plus que les diagnostics chirurgicaux.

Prenons des cas concrets : voici un jeune homme qui prépare Polytechnique ou l'internat, il est sur le point d'arriver, mais depuis quelque temps il maigrit et a mauvaise mine. Ses parents le conduisent chez leur médecin. Celui-ci diagnostique la tuberculose. Devant l'importance de cette découverte il demande un nouvel examen pour le lendemain. Et alors il ne peut plus cacher la vérité à la famille. Le jeune homme abandonne tout et part dans un sanatorium pour

deux ans. Sa carrière est brisée. Que sera-t-il dû au médecin pour ces deux consultations?

Le prix de deux consultations, pas plus.

Voici une fillette atteinte de diphtérie. Elle a des crises de suffocation avec paralysie du voile du palais. N'attendant pas le résultat de l'examen bactériologique, le médecin traitant fait une première injection massive de sérum. Il lui sauve la vie ! On peut rétorquer que les injections ne comportent pas de gros risques. Il n'en est pas moins vrai que, sans elles, l'enfant serait morte. Simple diagnostic médical. La question se pose différemment quand il y a une opération et du sang versé !

La question se pose donc de savoir si la responsabilité qu'a ainsi prise, dans un diagnostic opératoire, le médecin traitant, justifie des honoraires particuliers, supérieurs à ceux qu'il touche d'habitude ? Que répondront les dichotomistes au cas de diagnostic erroné ou tardif de la part du médecin ? Nous sommes de ceux qui pensons que cinq visites pour une diphtérie ou une typhoïde n'égalent pas cinq visites pour un rhume de cerveau. Et nous nous étonnons que les médecins n'aient pas depuis longtemps adapté leurs honoraires aux services qu'ils rendent. Nous déplorons qu'ils se contentent de cette compensation sur le diagnostic opératoire. Et nous souhaitons que leurs syndicats, c'est leur rôle, leur recommandent d'indiquer au malade, avec explications, la nécessité d'honoraires majorés pour certains diagnostics. Nous admettons que certains diagnostics chirurgicaux sauvent la vie du malade. D'ailleurs, la famille s'en rend compte, et les médecins le reconnaîtront ; dans ces cas, le chirurgien est le premier à dire à la famille que c'est le médecin

qui a sauvé la vie du malade. Mais nous n'admettons pas que ces honoraires légitimement dus pour services effectivement rendus soient perçus clandestinement et largement par l'intermédiaire du chirurgien une première fois, ouvertement et modestement par le médecin lui-même, sous la forme d'une note pour assistance à l'opération, une seconde fois.

La responsabilité du choix du chirurgien n'est pas si lourde que veulent le prétendre certains médecins : médecins et chirurgiens se connaissent, peut-être depuis la Faculté et, dans ce cas, ils ont vu chacun leur talent, les parties dans lesquelles ils excellaient, — assurément, au cours de l'exercice de leur profession : en province il existe certains chirurgiens connus de toute une région dont la statistique des opérés permet de prendre une décision d'un cœur léger. A Paris il existe vingt ou trente chirurgiens de premier ordre. Le médecin peut présenter facilement quatre ou cinq noms à la famille.

La tâche de décider le malade apparaît alors plus facile lorsqu'on a en vue le chirurgien approprié, qui sera vraiment l'homme de la situation. Il est possible que, malgré cette conviction personnelle qui doit animer le traitant, le client oppose quelque répugnance au bistouri. Au risque de provoquer les sourires narquois de certains médecins, nous dirons que c'est un grand et bel aspect de la médecine que cette lutte contre le malade lui-même, que cette conversion à l'opération. Pas plus que le prêtre animé par la foi, le médecin, convaincu de l'opportunité de l'opération et de l'homme nécessaire, ne manque de courage.

Mais quand les médecins écrivent qu'il existe une « responsabilité » matérielle, conséquence ou suite de

la responsabilité morale, nous avouons ne plus comprendre. Ou plutôt nous croyons comprendre qu'ils confondent aisément leur prétendue responsabilité matérielle avec le *risque professionnel* de perte du client pour mécontentement justifié ou non. Si l'on fait état de cet argument, à ce compte-là, toutes les professions qui ne sont pas des monopoles absolus et où s'exerce la libre concurrence le comportent. De toute façon, nous rejetons cette mentalité qui ressemble à s'y méprendre à celle de l'hôtelier vis-à-vis du client de passage et n'hésitant pas à lui donner un bon « coup de fusil ». La médecine n'a pas de lien de parenté avec l'hôtellerie. Nous laissons de côté une opinion qui trouvait justification de dichotomie dans le fait même de l'opération qui aboutirait à la guérison du malade et priverait par suite le médecin de cette clientèle. C'est méconnaître lamentablement le but de la médecine (cf. *infra*, chapitre V).

Sauf évidemment les cas d'urgence, nous croyons que le diagnostic chirurgical, assorti du choix de l'opérateur et de la persuasion du malade, ne milite pas pour des honoraires spéciaux à percevoir sous la forme d'une majoration des honoraires chirurgicaux à cet effet.

Un deuxième argument au moins aussi fréquent que le premier et peut-être plus naturel, car il monte aux lèvres de tout médecin praticien que vous interrogez, est la DISPROPORTION ENTRE LES HONORAIRES DU MÉDECIN TRAITANT ET CEUX DU SPÉCIALISTE. Les chirurgiens le reconnaissent eux-mêmes et, au Congrès de 1927, le Professeur Jeanbrau pouvait déclarer que la vraie raison de la rémunération du médecin par le

chirurgien résidait en ce que l'exercice de la chirurgie s'est transformé depuis cinquante ans. Il y a cinquante ans la chirurgie n'existait pas, le médecin soignait son client et vivait de la médecine. Actuellement il y a un changement tel qu'une grande partie des bénéfices de la profession médicale est allée aux chirurgiens et aux spécialistes qui gagnent souvent de très fortes sommes en quelques minutes, alors que le médecin est obligé de trimer toute la journée et souvent la nuit. Cette question doit être examinée du point de vue de l'entraide confraternelle ⁽⁶⁾.

Ce point de vue a été illustré par une petite pièce en deux actes écrite par le Docteur Richard, de Montoire-sur-le-Loir, à l'usage du Syndicat des Chirurgiens ⁽⁷⁾, opposant le malheureux médecin à 15 francs au Professeur à 10.000 francs. L'auteur, par une note, concluait que médecins et chirurgiens étaient les deux artisans du drame chirurgical et que rien ne justifiait cette disproportion d'honoraires.

Et le Docteur Bosc pouvait comparer non sans une pointe d'émotion le rôle du médecin à celui de l'infanterie, la « piétaille » qui a préparé et presque assuré le succès opératoire ⁽⁸⁾.

Il est difficilement supportable pour le médecin qui a suivi son client, qui a choisi le meilleur combattant en vérifiant les appareils organiques de son malade, en s'occupant des soins pré et post-opératoires qui sont une des conditions du succès, de voir le chirurgien arriver comme un ténor sur la scène, recueillir applau-

(6) *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens Français*, novembre 1928, p. 188 et sq. Voir aussi *Le Médecin Français*, 15 sept. 1930, p. 243 et sq., art. du docteur MONER.

(7) *Gazette Médicale de France*, 15 janv. 1928.

(8) Docteur BOSC, *La Dichotomie*, p. 186.

dissements, honoraires et remerciements, alors que lui devra se contenter d'une ou plusieurs visites (en tous cas peu nombreuses) à 20 francs. Sans parler du consultant qui se contentera de répéter sous une autre forme le diagnostic initial, élaboré par le médecin, mais qui pourra demander quinze ou vingt fois plus que lui.

Cet argument, sous ses différentes variantes, est sérieux. Nous dirons même que ces revendications sont justifiées. Seule, la façon de se faire honorer est défectueuse en ce cas. Il est malheureux que, pour un but légitime, on emploie des moyens à éviter, des moyens douteux. Nous estimons que la véritable entraide confraternelle doit consister, pour le chirurgien, à aider le médecin à se faire honorer convenablement. Il jouit d'une autorité incontestée auprès de la famille dans cette circonstance, il a le prestige de l'étranger auquel on prête toutes les vertus et dont on ne connaît pas les vices. On ne demande rien au médecin si l'on a accepté précédemment le chiffre fixé par le chirurgien. Et si le médecin s'avérait de réclamer quelque chose, il pourrait être mal reçu dans certains cas d'espèces. Souvent, d'ailleurs par discrétion, il ne formulera pas de demande. Ou, comme c'est la coutume des médecins, lorsque ceux-ci envoient leur note de fin d'année, le médecin y fait figurer des honoraires spéciaux. Il se peut que le client paye, mais paye sans satisfaction, qu'il paye en marchandant, et le médecin fera une réduction sur des honoraires légitimement gagnés — ou qu'il accueille cette partie de la note par cette insulte : « Monsieur, vos honoraires vous ont été réglés par le chirurgien ». Et c'est le public qui pousse ainsi à la dichotomie. Pour ces rai-

sons et pour ces risques à craindre, à la suite des Docteurs Schwartz, Témoin et Renon, nous pensons que les honoraires du médecin traitant pourraient être réclamés par le spécialiste. Ces praticiens sont d'accord pour reconnaître que les familles n'ont fait aucune difficulté. Ces opinions rejoignent les généreuses paroles du Docteur Duchesne dans le « Concours Médical » : « Il ne doit pas y avoir, à proprement parler, de partage d'honoraires. Il n'y a que des honoraires légitimement dus à chacun des médecins et qui doivent être réclamés ouvertement au malade ou à la famille » — « Faire passer les honoraires du médecin par les mains du chirurgien, c'est aboutir à la commission clandestine, envisager le malade comme une marchandise et la profession comme un commerce » (Docteur Okinczyc. Réponse à la pièce du Docteur Richard. *Gaz. Médicale de France*, 15 mars 1928).

Mais s'il est parfaitement juste que le médecin ait droit à des honoraires spéciaux pour un diagnostic parfois long et difficile sur l'opération éventuelle, et que le chirurgien lui vienne en aide pour recouvrer ces honoraires, grâce à une entente patente et une concurrence ouverte ⁽⁹⁾, par opposition à l'entente et à la concurrence clandestine de la dichotomie, le fait des gros honoraires perçus par le chirurgien subsiste — si bien que certain chirurgien a pu écrire que la dichotomie était la « rançon du remords du chirurgien ». Le trop perçu devrait revenir au médecin, nouvelle forme de justice distributive. Incontestablement l'acte opératoire est payé trop cher par rapport à l'acte médical dont le maximum atteint de 500 à 600 francs

(9) Abbé VALTON, *La Dichotomie*.

pour un accouchement. Et il est indiscutable que pour pouvoir partager quelque chose le chirurgien doit en avoir de reste. Ce n'est pas le médecin, sur une visite de 20 francs, qui peut partager quelque chose. D'ailleurs, la création des Mutuelles chirurgicales et leur extension rapide sont la preuve que le risque pécuniaire chirurgical est une triste réalité. Il ne s'ensuit pas que pour rétablir l'équilibre ce soit le chirurgien qui doive donc effectuer une restitution au médecin traitant insuffisamment honoré. C'est la porte ouverte à tous les dangers et aux abus vis-à-vis du client qui perd tout droit de contrôle et de libre débat.

En continuant la marche opératoire, les médecins traitants font valoir, qu'au cas d'ASSISTANCE A L'OPÉRATION OU DE PARTICIPATION, ils ont un droit incontestable à des honoraires. Et, même au cas de non-assistance, ils ont pu adresser au spécialiste un mémoire détaillé sur les observations qu'ils ont pu faire sur le malade. Il ne s'agirait pas de commission occulte prélevée indûment sur le dos du malade, mais d'honoraires légitimement dus.

Personne ne saurait, en effet, contester la légitimité des honoraires d'assistance ou de participation : la meilleure preuve qu'ils sont inattaquables c'est que la loi les reconnaît indirectement. Ainsi la loi du 9 avril 1898 prévoyait un arrêté ministériel réglant les tarifs médicaux. Cet arrêté ministériel, élaboré par une Commission composée de représentants des Compagnies d'Assurances, de médecins, de fonctionnaires du Ministère du Travail, a fixé forfaitairement à 1/10^e des honoraires de l'opération les honoraires du médecin appelé en qualité d'aide.

En matière d'Assurances Sociales l'assistance, si elle n'a pas été prévue par les lois et règlements, est réglée du moins dans le cadre départemental. Dans la Drôme elle est comptée quatre consultations. Il s'agit d'une convention entre les Caisses et les Syndicats départementaux de médecins.

Les particuliers ne sauraient s'insurger sur ce qui est admis par des personnes soucieuses de leur intérêt comme les Compagnies d'Assurances. Mais, là où réside la différence, c'est dans le mode de règlement. Tandis que les honoraires d'assistance ou de participation sont donc réglés selon l'arrêté ou la convention dans les cas précités, ils sont compris dans une note globale sans aucune indication dans le cas de la dichotomie. La justice et la bonne foi veulent encore ici soit une note séparée, soit une note commune avec indication de parts, de façon que le client conserve son droit de contrôle et de discussion (cf. *infra*, 2^e partie, chap. II). Du moment que la clandestinité disparaît, le risque de trop perçu peut être apprécié en toute clarté par le malade. On a pu dire que la dichotomie n'était un procédé inavouable que parce qu'inavoué.

Mais les défenseurs de cette pratique ne la conçoivent pas sans clandestinité. *Le client*, dit-on ⁽¹⁰⁾, EST INCAPABLE d'évaluer l'acte médical plus fréquent et plus mystérieux (?) que l'acte chirurgical. De bonne foi, quand il verse les 20 ou 30 francs d'honoraires, il croit être quitte envers le médecin. Pourquoi la visite du médecin vaudrait-elle plus suivie d'une opération que suivie d'une ordonnance? Par conséquent la di-

(10) Docteur Jean VALINCOURT, op. cit.

chotomie doit être occulte sous peine de voir se dresser le malade contre ce marché de son sang ou cette es-croquerie du trop perçu.

A cette façon de comprendre le malade, un peu comme un *minus habens*, nous répondrons, avec l'abbé Valton ⁽¹¹⁾, que la cause du mal est dans l'attitude même des médecins qui ne s'organisent pas pour y remédier ; plus ils pratiquent la dichotomie, moins le malade sera sensible à la considération de leurs droits propres. C'est une question d'éducation du public ; le jour où on lui montrerait l'importance de certains actes médicaux il comprendrait immédiatement la nécessité d'une rémunération également importante.

D'autres ⁽¹²⁾ ont considéré le public comme très averti. Il saurait fort bien ce qu'il en est et IL LAISSE-RAIT FAIRE. La clandestinité serait beaucoup plus apparente que réelle. En outre, la destination de son argent l'intéresse fort peu. Souvent il demande ce qu'il aura à payer et il accepte. Du moment qu'il a accepté, le chirurgien serait parfaitement libre, par la suite, de faire tous les morcellements possibles aux honoraires perçus.

En général, le malade qui entend prononcer un diagnostic opératoire a un moment d'affolement et il se confie entièrement à son médecin traitant, le chargeant de trouver un chirurgien habile à le guérir. Il s'en remet à lui. A ce moment le malade est presque un incapable. Il y a la famille, dira-t-on : connaîtra-t-elle mieux la main qui pourra soulager l'être qui lui

(11) *La Dichotomie*, op. cit.

(12) Docteur DUCHESNE, dans le *Concours Médical*.

est cher? Le chirurgien arrive donc, présenté par le médecin traitant ou le malade se rend chez le chirurgien indiqué par le même traitant. Identité de diagnostic. Même nécessité opératoire. Il est possible alors que le malade ou la famille demande au chirurgien le coût de l'opération. Un chiffre global — qui ne laisse nullement apparaître la commission occulte du médecin qui y sera prélevée. Assurément la famille ou le malade discuteraient vivement s'ils savaient qu'une quotité est destinée, quelle que soit son attitude, au médecin, pour le seul fait de fourniture. Et puis, si le malade était au courant, pourquoi ne pas faire les choses au grand jour?

Un argument qui pouvait encore se soutenir en 1921, date à laquelle il était écrit ⁽¹³⁾ était le suivant : Le médecin traitant qui, dans l'intérêt de son malade, l'a envoyé en clinique au lieu de le faire opérer à domicile, *renonce* par là *au profit* qu'il pourrait tirer des pansements et des soins consécutifs.

Si, en 1921, le médecin traitant pouvait quelquefois hésiter à envoyer un malade en clinique, il n'aura plus d'hésitation aujourd'hui. Même pour des soins médicaux on arrive à envoyer en clinique. C'est d'ailleurs un bien, car le malade est soigné somme il se doit et avec l'autorité nécessaire. Et puis il faut avouer que le chirurgien donne bien facilement l'occasion au médecin traitant de se rattraper sur ces petits gains escomptés : soit en expédiant quelques jours plus tôt le malade hors de la clinique, ce qui justifiera des visites à domicile du praticien, soit en se prêtant aux visites du traitant à la clinique, même après l'opération.

(13) *Concours Médical*, du 21 octobre 1921.

L'argument a été repris sous une autre forme : il y a dans un diagnostic chirurgical un LUCRUM CESSANS à l'horizon : une fois le chirurgien entré en scène, le malade disparaît pour le médecin traitant, qui ne touchera plus d'honoraires. Souvent, hélas ! le médecin est appelé pour une affection médicale grave qui emporte le malade en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; le médecin a engagé sa responsabilité et pourtant son malade lui a échappé !

Nous avons noté encore cette justification originale : la dichotomie doit être soutenue dans L'INTÉRÊT MÊME DE LA SANTÉ DES MALADES ⁽¹⁴⁾. Seul le partage des honoraires peut assurer la spécialisation opératoire ; seul, il détermine le praticien à conduire de bonne heure son malade au chirurgien. Et de la précocité de l'intervention dépend le succès chirurgical. La dichotomie est la source de tous les progrès de la chirurgie. Nous ne partageons pas cet avis, car le praticien qui est déterminé à l'opération uniquement par le but du partage des honoraires n'est pas un bon praticien. Son mobile doit être avant tout la santé du malade. Il est à craindre, au contraire, que sa liberté de jugement ne soit gênée par des considérations matérielles (cf. chapitre suivant).

Enfin, la dichotomie est-elle une TACHE PROFESSIONNELLE ? Si les professeurs nous avaient farci l'imagination de faux principes ? Si comme la mère qui veut empêcher la fille d'aller au bois ils nous avaient brodé une morale de terreur ou inventé un conte de loup-garou ? On peut douter de tout. Il n'en est pas moins vrai que certains principes directeurs d'une

(14) *Le Médecin de Paris*, août 1913. *Echos*, p. 3.

ligne de conduite droite n'ont pas changé. Le vice peut paraître récompensé et la vertu malheureuse. Ils conservent cependant leur nature propre sous des habillements différents.

Aucun de ces arguments justificatifs ne nous permet de retenir la dichotomie. Si, dans certains cas, le médecin traitant a droit à de justes honoraires, ce ne peut être par la voie détournée de la dichotomie. Elle présente des dangers à la fois pour le malade et pour le médecin. C'est ce que nous allons voir dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

LES DANGERS DE LA DICHOTOMIE

Ils seront faciles à déduire de ce que nous avons décrit. La dichotomie est dangereuse à la fois pour le malade et pour le médecin.

Le danger que court le malade menace tantôt ses biens, tantôt ses biens et sa santé.

SES BIENS seuls seront atteints dans les différents cas de compérage et de rabattage. Dans certains cas même, pour ce qui concerne les pompes funèbres, ce seront ses héritiers qui seront frustrés, mais son patrimoine aura été touché. Le plus souvent il sera touché de son vivant : la prescription d'une ceinture plus chère et d'une efficacité égale à celle d'un moindre prix, la différence profitant au signataire de l'ordonnance ; la décision d'aller aux eaux sur les conseils du docteur. Aucun danger pour le malade, si ce n'est pour son porte-monnaie. Nous pourrions citer aussi le cas des remèdes pharmaceutiques qui sont ordonnés, car leurs fabricants se sont engagés à faire une retraite, au bout d'un certain temps, au médecin. Il est assez fréquent de voir, sous couleur de collaboration scientifique, une prise d'intérêt entre le médecin et le fabricant de produits pharmaceutiques. Evidemment ces fabricants prennent soin de dire au médecin de don-

ner seulement la préférence à leur produit au cas d'indication appropriée. Tous ces « petits cas », si répétés soient-ils, ne sont pas encore d'une extrême gravité et on peut dire que « Plaie d'argent n'est pas mortelle ».

Ce qui est plus grave, c'est la dichotomie médico-médicale et médico-chirurgicale. Lorsqu'il s'agit, dans un cas grave, de réaliser une consultation sur l'invitation de la famille ou d'en prendre l'initiative, le choix du consultant risque d'être influencé par le taux de la ristourne qu'il offre. Sur trois, quatre, cinq consultants de valeur différente, il est à craindre que ce soit le moins compétent qui soit l'élus, parce qu'il dichotomise largement. Nous voulons bien croire que le médecin traitant, dans ces cas tragiques, s'il lui faut prendre une décision essentielle, considère avant tout l'intérêt du malade. Mais l'exigence de gros honoraires de la part du consultant pourra donner l'éveil à la famille.

Certains médecins marrons (l'exception de la médecine) sont allés jusqu'à faire analyser crachats ou prises de sang dans leurs laboratoires, dont ils connaissent par avance les résultats : toujours positifs. Quelle responsabilité terrible de plonger un malade dans une angoisse inexacte pour s'assurer un traitement lucratif ?

Dans la dichotomie médico-chirurgicale, même danger pour le choix approprié du chirurgien : l'appréciation des qualités ou des circonstances qui désignent un spécialiste pour telle intervention difficile est complexe, et le médecin qui admet la dichotomie dans les cas courants risque fort, dans les cas plus diffi-

ciles, de n'avoir plus toute la liberté de jugement nécessaire pour choisir en pleine indépendance au mieux de son client (1).

Une conséquence fatale est que le médecin qui doit indiquer à l'opéré un chirurgien, lui indiquera celui qui lui donnera la plus grande part de ses honoraires. Comme l'a dit le regretté professeur Farabeuf : « le médecin va au plus offrant et non au plus compétent ». Si les chirurgiens qui dichotomisent étaient tous des opérateurs consommés, il n'y aurait que demi-mal, mais il est trop fréquent que beaucoup de chirurgiens dichotomistes, et surtout ceux qui ristournent le plus, ne sont que des pseudo-chirurgiens.

La crainte d'un opérateur *non qualifié* n'est pas la seule. La dichotomie pousse le médecin qui l'exige et le chirurgien qui l'accorde à pratiquer des *opérations inutiles*. Outre ceux qui sont dénués de scrupules, il y a ceux qui ont subi la déformation professionnelle. Une opération courante, comme l'appendicite ou la hernie inguinale sont des bagatelles. Pour obtenir de gros honoraires le médecin se laissera aller à proposer et le chirurgien à accepter l'idée d'une opération qui peut-être ne s'impose pas. Et ce qui rend la chose possible, c'est que le médecin dichotomiste ne se contente pas d'indiquer un chirurgien, il *impose* un chirurgien déterminé. Il est facile au traitant qui jouit de la confiance de la famille de faire accepter sa proposition. Il se peut que la famille ait entendu parler de tel opérateur, qu'elle connaisse certains de ses travaux. Le médecin traitant fera un éloge considérable de ce chirurgien, mais fera remarquer à la famille qu'il a acquis

(1) Abbé VALTON, *op. cit.*

une notoriété appréciable dans une autre branche qui ne concerne pas directement le cas actuel. Ou encore, plus discret, il se contentera de dire à la famille : ce chirurgien n'opère plus depuis quelques années ou très rarement. Ou encore il jouera à l'épouvantail : excellent, ce chirurgien, mais il ne travaille pas à moins de... tant. Il existe mille et un moyens pour un habile médecin traitant de détourner une famille de son idée première et de lui imposer « son » chirurgien.

Les dangers n'existent pas seulement pour le pauvre malade. Ils apparaissent pour le MÉDECIN LUI-MÊME. Il se peut qu'une faute de manœuvre, dans la persuasion du traitant, le conseil d'un parent ou d'un ami jette le doute sur le conseil du médecin. La *confiance* est ébranlée. Les rapports entre client et médecin changent totalement : des clients sont allés clandestinement consulter un chirurgien éloigné de leur ville pour vérifier le diagnostic médical.

Car la surenchère joue fortement et non sur la qualité ; elle lui est généralement inversement proportionnelle, d'où danger pour les autres chirurgiens de voir un confrère médiocre, mais surenchérisseur, qui obtiendra toute la faveur des médecins rabatteurs ⁽²⁾. Par ce moyen s'instaure la *concurrence la plus déloyale* parce que clandestine. Evidemment certains chirurgiens ont alors proposé de faire fixer par les syndicats des tarifs maxima de ristournes. Officiellement ils seront approuvés ; rien n'empêchera qu'en pratique et dans l'ombre ils restent lettre morte.

(2) RIST, *La Dichotomie*, p. 44.

Autre danger et plus considérable pour les fidèles de la dichotomie : la substitution du débiteur. La note d'honoraires à l'occasion d'une opération est devenue une chose énorme, toujours appréhendée, quelquefois catastrophique. De plus en plus les classes moyennes considèrent l'acte médico-chirurgical comme un risque à couvrir, tel l'incendie, l'accident, la grêle. Risque même plus menaçant que l'incendie. Les statistiques indiquent qu'une famille de quatre personnes, composée du père, de la mère et de deux enfants, n'échappe pas pendant sa vie à l'opération chirurgicale si elle peut échapper à l'incendie. Et on a vu se développer peu à peu les *Caisses Mutuelles d'Assurances chirurgicales* qui prennent chaque jour une extension plus considérable par l'affiliation de membres non assurés sociaux. Les classes moyennes se sont précipitées sur l'assurance mutuelle, qui leur permettait de conserver la prérogative du libre choix du chirurgien et de la clinique. Mais alors les chirurgiens, au lieu d'être les plus forts économiquement et d'imposer leurs conditions sous forme de contrats d'adhésion, sont en train de devenir les égaux, les simples égaux des Conseils d'administration de ces Mutuelles qui se chargent de discuter âprement tarifs et honoraires. La possibilité de dichotomie pour ces nouveaux assurés, anciens petits rentiers, est terminée. C'est peut-être la première fois qu'un petit rentier évite le moyen d'être une victime permanente. Désormais, les applications du tarif syndical minimum seront de plus en plus répétées ; la Caisse règle le chirurgien sur le vu d'une note détaillée, mentionnant la répartition nominative des sommes dues. La période des vaches grasses touche à sa fin. Nous n'entrons pas pour autant

dans une période de vaches maigres, puisque les tarifs ne sont pas imposés par les Caisses, mais librement débattus entre deux organismes égaux du point de vue force économique : le Syndicat Médical départemental et le Conseil d'Administration de la Caisse.

DEUXIEME PARTIE

L'ASPECT JURIDIQUE

INTRODUCTION

L'exercice de la profession médicale importe à l'ordre public : il convient de la réglementer afin de se prémunir contre l'incapacité et l'immoralité de ceux qui ne manqueraient pas de l'exercer si elle était libre. De tout temps ce besoin de réglementation s'est fait sentir. Il n'y eut qu'une exception dans l'histoire, heureusement de courte durée : du décret de la Convention du 18 août 1793 à la loi du 19 ventôse an XI. La santé des citoyens durant cette période fut exposée à de sérieux périls en raison du charlatanisme effréné qui se développa.

Nous vivons actuellement sous le régime de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Le BUT de la profession n'a pas changé : il demeure la *santé du malade*. Le législateur, en réglementant cette profession où la conscience du médecin doit conquérir la confiance du malade, a marqué sa volonté de protéger ce grand enfant mineur. Et tout d'abord l'article 1^{er} de la loi du 30 novembre 1892 se préoccupe de la *capacité* du praticien : « Nul ne peut exercer la médecine, en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français ⁽¹⁾ à la suite d'examens... ». Et dans

(1) Diplôme d'Etat depuis la loi du 21 avril 1933.

l'article 25, la *moralité* du médecin est prise en considération non seulement pour le praticien, mais encore pour l'étudiant en médecine. La suspension temporaire ou l'incapacité absolue peuvent être prononcées pour une peine afflictive ou infamante, pour une peine correctionnelle pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331. 332, 334 et 335 du Code Pénal ; pour une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'Assises pour des faits qualifiés crimes par la loi. La loi du 13 juillet 1929 a complété le paragraphe 1^{er} de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 : l'extension inquiétante de la morphinomanie et de la cocaïnomanie a fait ajouter à la liste des justiciables de la radiation « ceux qui auront facilité à autrui l'usage des stupéfiants à titre onéreux ou à titre gratuit ».

A part ces principes généraux, le législateur n'a pas cru devoir intervenir pour réprimer les fautes qui, n'étant pas des délits, constituent des fautes disciplinaires. Il a fait confiance aux médecins et à leurs organisations professionnelles.

CHAPITRE PREMIER

LE LEGISLATEUR ET LA DICHOTOMIE

Il n'existe pas de texte pour la médecine libre qui vise directement cette question. La loi du 30 novembre 1892 et les lois postérieures ont cherché à établir le statut du médecin en France et en tant que lois organiques elles ne pouvaient édicter que des RÈGLES GÉNÉRALES, expressions de principes essentiels.

Le législateur ne peut intervenir dans ces domaines mal définis, à la frontière du droit professionnel, du droit pénal et du droit civil. En aucun pays d'ailleurs, il n'a songé à poser des règles générales sur ce point particulier. En France au moins, l'abstention législative est complète. Il en est de même en ce qui concerne les dérivés de la dichotomie. Il serait malaisé d'interdire dans un texte tous les cas éventuels de compérage ou de rabattage, impossible même, pour cette dernière espèce. Si la loi du 16 février 1919 réprime pénalement les rémunérations occultes offertes ou versées aux employés des maisons de commerce et des entreprises industrielles ou sollicitées par eux il faut se rappeler l'époque à laquelle elle est intervenue : de grosses maisons de fournitures allemandes avaient pris l'habitude de verser clandestinement de fortes commissions aux employés chargés de l'achat dans les maisons françaises. Ce fait explique la promulgation

de la loi. Et, si assurément des textes plus généraux de droit pénal, comme l'article 405 sur l'escroquerie, permettent de poursuivre les auteurs d'opérations simulées, leur application serait extrêmement rare en raison de l'éloignement de la preuve. Il faut supposer en effet une nouvelle intervention par un nouveau praticien, qui donne le moyen de se rendre compte de l'existence d'un appendice soi-disant enlevé lors d'une précédente appendicectomie, par exemple.

Dans des matières aussi délicates que la conduite professionnelle, il est toujours à craindre que l'intervention législative soit maladroite : ou elle fait trop ou trop peu. Aussi, doit-on reconnaître que la réglementation pour être adéquate, exige une origine professionnelle. Des organismes qualifiés, proches de l'expérience, sauront trouver les formules à la fois souples et nettes pour maintenir la conduite professionnelle dans la ligne du but de la profession. Tout au plus le législateur pourra-t-il poser le principe de séparation et d'indépendance entre deux professions réglementées, surtout lorsque la pratique de l'une permettra de procurer des clients à l'autre : c'est le cas du médecin et du pharmacien. Mais là s'arrête la spécification législative. Elle ne saurait à l'intérieur d'une même profession établir une opposition et un isolement dont l'expérience ne pourrait s'accommoder : c'est le cas du médecin et du spécialiste ou du chirurgien.

Le législateur belge l'a compris et il s'est contenté par la loi du 12 mars 1818 de vouloir dans l'intérêt des malades que médecins et pharmaciens fussent en opposition d'intérêts, jamais alliés, et que le médecin ne fût ainsi pas placé entre son devoir et son intérêt.

Dans les articles 20 et 21 la défense successive au médecin, puis au pharmacien, d'avoir en commun quelque intérêt direct ou indirect est prononcée en termes très larges. Voici d'ailleurs les textes :

Art. 20 : « Aucun docteur en médecine ne pourra contracter avec un apothicaire quelque convention ou engagement, soit *direct*, soit *indirect*, tendant à se procurer quelque gain ou profit directement ou indirectement, à peine de 200 florins d'amende ».

Art. 21 : « Il est défendu à tout apothicaire de faire aucun *contrat* avec un médecin pour la fourniture de médicaments ou de s'entendre avec lui pour cet effet *en aucune manière*, ainsi qu'il est énoncé à l'article précédent à peine de 200 florins d'amende ». Et l'instruction du 31 mai 1818 dans ses articles 9 et 10 reprend la défense à peu près dans les même termes.

Assurément, il était relativement facile aux Parquets Belges d'empêcher toute société entre la médecine et la pharmacie, qu'elle fût directe, sous la forme d'une société de personnes, ou indirecte, sous la forme d'une société de capitaux. Mais il est impossible à la loi, dans une même profession réglementée mais libérale, de proscrire des ententes intéressées entre gens portant le même titre et qui ne se différencient que par une spécialité.

Et si en médecine libre, la France se passe de textes réglementaires et disciplinaires officiels, le pouvoir judiciaire ne manquera pas à l'occasion de ramener l'équité dans le contrat *sui generis* qui unit malade et médecin et de donner force exécutoire aux règles déontologiques syndicales ou confédérales, faisant triompher ce droit professionnel écrit sur les usages qui peu

à peu cessèrent d'être loyaux mais demeurèrent constants.

Si le droit disciplinaire n'existe pas ou n'existe qu'imparfaitement en médecine libre, il existe EN MÉDECINE PUBLIQUE. Les médecins et les chirurgiens qui participent à un service public peuvent être frappés de peines disciplinaires et en vertu de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905 tout fonctionnaire a droit à ce que son dossier lui soit communiqué. Les peines ne sont pas appliquées par voie de police pure : à côté du supérieur hiérarchique existe un conseil ou une commission où peuvent figurer des représentants des syndicats médicaux, c'est le cas de la décision préfectorale rayant un médecin de la liste des médecins autorisés à donner leurs soins aux malades et indigents. En matière de pensions de guerre la Commission départementale et la Commission supérieure peuvent prononcer la suspension ou l'exclusion des soins aux pensionnés.

Outre ces textes spéciaux, il existe le décret du 9 juin 1934, à portée très générale, dont l'article premier est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens... dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques, cesseront d'office d'exercer leurs fonctions s'ils sont l'objet d'un licenciement, d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire ». Le texte vise non seulement les médecins fonctionnaires de carrière mais encore ceux qui deviennent les employés d'une administration publique en répondant à l'appel et au choix du malade pour

l'exécution d'une loi sociale (assistance médicale, pensions de guerre). En ce qui concerne les médecins prestant leurs services aux accidentés du travail ou aux assurés sociaux le tiers payant (Compagnie d'Assurances) ou l'entente directe avec le malade excluent toute présence de l'Administration.

D'ailleurs le décret du 9 juin 1934 est discuté au point de vue de la légalité (Doublet et Letourneur, *Code du Médecin*), un texte réglementaire ne semblant pas pouvoir priver les praticiens des garanties accordées par les textes spéciaux concernant les diverses administrations.

En matière d'Assurances sociales l'article 7, paragraphe premier de la loi du 30 avril 1930 a établi le contrôle technique des Caisses et ce contrôle, dans les cas où il existe une convention entre la Caisse et le Syndicat départemental des Médecins, est exercé par le Syndicat, soit sur la demande de la Caisse, soit sur sa propre initiative.

Le décret portant règlement général d'administration publique pour l'exécution de la loi du 30 avril 1930, précise l'obligation du Syndicat et détermine l'objet du contrôle technique. L'art. 26 du décret du 25 juillet 1930, paragraphe premier, alinéa 2, dit que : « le syndicat professionnel s'engage dans la convention à exercer ce contrôle technique de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité, de manière à en assurer la pleine efficacité, ainsi qu'à déférer aux demandes spéciales d'intervention que la Caisse lui adresserait. Les syndicats ne peuvent sous peine de retrait de l'habilitation se soustraire à l'obligation d'exercer ce contrôle ».

L'objet du contrôle technique est la recherche et le redressement de tout abus professionnel (article 26, paragraphe 2, alinéa premier). En ce qui concerne les soins, il porte notamment sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances et, d'une manière générale, sur la façon dont les prestations sont dispensées par les praticiens (al. 2).

En ce qui concerne les fournitures de médicaments ou d'appareils, il porte, indépendamment de l'application éventuelle de la législation sur les fraudes, sur la nature et la quantité des prestations fournies et sur l'exactitude des tarifs appliqués par les praticiens (alinéa 3).

Enfin les syndicats peuvent porter à la connaissance de la Caisse les abus qu'ils constatent (par. 3). En pratique le Bureau du syndicat est saisi par l'envoi de dossiers qui ont paru douteux à la Caisse. Le secrétaire du syndicat convoquera les membres de la juridiction syndicale dénommée « *Conseil de Famille* » qui se constituera en Conseil de Famille des Assurances Sociales dans le but bien défini de rechercher et de redresser tout abus professionnel en matière de soins donnés à des assurés sociaux.

La loi de 1930 comme le décret du 25 juillet n'ont pas prévu les pénalités éventuelles du Conseil de Famille ni le mode d'exécution de la sentence. En pratique, la condamnation était portée à la connaissance de la Caisse. Le plus souvent, c'étaient l'avertissement et le blâme, quelquefois l'interdiction de donner des soins aux assurés de la Caisse pendant un certain temps. Mais la décision n'était pas portée à la connaissance des assurés qui pouvaient continuer à se faire soigner chez le médecin condamné. Système

essentiellement flou qui a duré jusqu'au décret-loi du 30 octobre 1935.

Le décret-loi du 30 octobre 1935 dans son article 8 paragraphe premier a confirmé le contrôle technique des Caisses en reprenant les mêmes termes que la loi du 30 avril 1930. L'objet du contrôle d'après le décret portant règlement d'administration publique du 19 mars 1936 est identique à celui précisé dans le décret du 25 juillet 1930.

Mais le décret-loi du 30 octobre 1935 reconnaît officiellement la juridiction syndicale du Conseil de Famille. Cette reconnaissance est indirecte mais très importante, le législateur montrant par là qu'en cette matière spéciale, les abus professionnels devaient être appréciés dans le cadre professionnel. L'article 8, paragraphe 5 du décret-loi du 30 octobre organise une *Commission supérieure de Contrôle*, chargée de régler les difficultés auxquelles donne lieu l'exécution du contrôle du service technique. Cette commission supérieure de contrôle est composée de trois arbitres : un Conseiller d'Etat, président ; un représentant des Caisses et un représentant des groupes de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou de pharmaciens suivant que le litige met en cause un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un pharmacien.

Et l'alinéa 2 de ce même paragraphe nous dit : « La Commission statue en premier et en dernier ressort sur les litiges qui en *raison de l'absence* de convention passée dans les conditions de l'article 6, paragraphe 5, n'ont pas été préalablement soumis aux *groupements professionnels nationaux* de praticiens.

Elle connaît en appel et en dernier ressort des décisions prises *conformément à leurs statuts* par les groupements professionnels nationaux de praticiens ». Voici donc les Conseils de famille reconnus et établis juridiction du premier degré en matière de contrôle technique des Assurances Sociales. L'innovation du décret-loi du 30 octobre 1935 consiste encore dans la création d'un triple degré de juridiction par le moyen du sur-appel confié à la Commission supérieure de contrôle. Le premier degré est constitué par le Conseil de famille syndical départemental formé en Conseil de famille des Assurances sociales, le second degré par le Conseil de famille national des Assurances sociales, le troisième degré par la Commission supérieure de Contrôle. Les décisions rendues par elle ont force exécutoire. Les sanctions qu'elle peut prononcer sont :

1° l'avertissement avec ou sans communication à la Caisse ;

2° le blâme ;

3° l'exclusion temporaire ou définitive du droit de donner des soins aux affiliés soit de la Caisse intéressée soit de toutes les Caisses d'un ou plusieurs départements.

L'existence de la force exécutoire au troisième degré est déjà suffisante pour faire s'incliner les coupables devant les sentences du Conseil départemental ou national. Les décisions du Conseil national sont publiées dans le journal de la Confédération des Syndicats Médicaux « Le Médecin de France », soit en clair, soit nominativement.

Ce contrôle technique est général : il s'applique à tout médecin syndiqué ou non ayant donné des soins à un assuré social ès qualités. Il constitue un com-

mencement sérieux d'organisation disciplinaire et une garantie indirecte pour les malades. Dans la jurisprudence de la Commission Supérieure, nous relevons des pénalités effectives : exclusion pendant six mois du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour prescription abusive de médicaments fabriqués dans un laboratoire tenu par l'auteur des ordonnances.

L'avènement des sanctions marque un réel progrès surtout en ce qui concerne leur application aux non syndiqués. En outre, si un praticien contrevient aux décisions de la Commission Supérieure de Contrôle en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé ou suspendu du droit de le faire, il est tenu de rembourser à la Caisse le montant de toutes les prestations médicales que celle-ci a été amenée à payer au dit assuré social du fait des soins qu'il a donnés et des ordonnances qu'il a prescrites ou exécutées.

Certains estiment regrettable que le décret-loi du 30 octobre n'ait pas prévu et tarifié les honoraires d'assistance ou de participation en cas d'intervention chirurgicale. Le contrôle technique perfectionné par la loi ne concerne que la protection des intérêts des Caisses. En raison de l'entente directe, c'est-à-dire du paiement des honoraires, directement par l'assuré, il était impossible de réglementer l'assistance opératoire sans détruire cette entente directe.

L'évolution de la conception législative sur la profession médicale est encore plus caractéristique dans le vote de la proposition de loi Vallat le 9 décembre 1932 par la Chambre des Députés et dans le vote après modifications, par le Sénat. La proposition de loi Vallat tendait à la création d'un ORDRE DES MÉ-

DECINS dont le but essentiel était de veiller au maintien chez tous les membres de l'Ordre des principes de probité et de dévouement ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels. Nous nous réservons d'étudier plus complètement cette importante question et renvoyons, quant à ce, à la troisième partie (Chapitre II, Section 2).

CHAPITRE II

LA DOCTRINE

SECTION PREMIÈRE

La doctrine juridique

Elle s'est occupée — quoique brièvement — soit des dérivés de la Dichotomie (compérage), soit de la Dichotomie proprement dite.

C'est ainsi que M. RENARD ⁽¹⁾, envisageant l'objet même de la profession médicale, la santé publique, se déclare partisan de l'indépendance mutuelle du médecin et du pharmacien dans le même sens que l'indépendance des ordonnateurs et des comptables. Il approuve la jurisprudence prétorienne qui annule les sociétés entre médecins et pharmaciens.

Mr E. H. PERREAU, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse, et spécialiste du droit médical, se place toujours sur le terrain du but légal de la profession ⁽²⁾, et il frappe de nullité les conventions qui substituent à la santé du malade une intention de lucre et notamment « les contrats quelconques (prêts, sociétés), par lesquels un médecin serait pécuniairement intéressé dans une fabrique ou un magasin de produits pharma-

(1) *Le Droit de la profession pharmaceutique*, 1928, p. 215.

(2) *Eléments de Jurisprudence Médicale*, Chap. XI, p. 174 et suiv.

ceutiques, appareils prothétiques, bandages, objets de pansements ».

Allant même plus loin dans l'intérêt public, l'éminent professeur considère comme nuls, des contrats d'où l'intention de lucre est absente : ainsi ceux passés entre un médecin et une société pour l'exploitation d'eaux minérales ou spécialités pharmaceutiques par lesquels le premier s'engagerait à recommander ses produits de préférence à tous autres analogues, et la deuxième à verser une part de ses bénéfices dans la Caisse d'une œuvre philanthropique médicale. L'intérêt lucratif n'apparaît ici que comme indirect et lointain.

A notre sentiment est nul le contrat intervenu entre un grand nombre de praticiens et certaines sociétés de produits pharmaceutiques, qui, moyennant la souscription d'une action ou d'une part de cent francs et l'engagement moral de prescrire leurs spécialités de préférence à d'autres équivalentes, assurent au contractant une retraite à partir d'un certain âge. L'intérêt ici est plus direct quoique assez lointain ; on travaille pour une retraite, mais une retraite personnelle.

Il faut déclarer qu'à l'honneur et à la haute conscience du corps médical, les retraites n'augmentent pas aussi rapidement que le souhaiteraient Messieurs les Administrateurs Délégués de ces sociétés, qui tiennent à peu près ce langage, lors des banquets offerts par leur industrie aux médecins : « Nous vous versons une retraite de X, il ne tiendrait qu'à vous, Messieurs, de la voir augmenter d'un quart ou d'un tiers ».

(Nous reverrons d'ailleurs tout à l'heure, le problème des sociétés médicales, à propos d'une des formes de la dichotomie qu'elles peuvent cacher.)

En ce qui concerne la Dichotomie proprement dite, nous trouvons les mêmes solutions très fermes chez tous les auteurs. M. Perreau, pour la même raison que précédemment ⁽³⁾, écrit que « serait nulle à notre sens au point de vue juridique la promesse de Dichotomie, actuellement unanimement condamnée au point de vue déontologique ».

MM. PLANIOL et RIPERT ⁽⁴⁾ se méfient d'une im-mixtion commerciale dans la profession médicale, « qui ne comporte pas l'adjonction d'un commerce ». Cette raison jointe au danger que pourrait courir le public, justifie la nullité de toute société ou entente généralement occulte, entre deux personnes exerçant des professions réglementées différentes lorsque la pratique de l'une permet de procurer des clients à l'autre : « ainsi entre un médecin traitant et un chirurgien ou médecin spécialiste, en vue de procurer moyennant une ristourne sur les honoraires, des clients au second (dichotomie) ».

M. BEUDANT ⁽⁵⁾, au nom de l'intérêt public, condamne « la pratique connue sous le nom de dichotomie ou partage des honoraires entre le chirurgien ou le spécialiste et le médecin qui lui a adressé le client ».

M. DEMOGUE (*Traité des Obligations*, t. II, p. 635) déclare qu'il faudrait considérer comme nulle la promesse de partage d'honoraires entre un chirurgien et un médecin ou un pharmacien qui lui enverrait des clients ; ce contrat pourrait être un moyen de faire des opérations inutiles et serait peu compatible avec la dignité médicale ».

(3) PERREAU, *op. cit.*

(4) *Traité pratique de droit civil français*, éd. 1930, t. VI, p. 319.

(5) *Cours de droit civil français*, t. VIII, n° 189, 2^e éd., 1936.

Tous les auteurs, pour des motifs analogues et surtout en raison des dangers réels que fait courir la dichotomie à la société n'hésitent pas à la condamner.

Mais si nous voulions appuyer sur des bases doctrinales la proscription de la dichotomie, un grand nombre de théories s'offrirait à nous. Nous en retiendrons trois et les examinerons successivement.

Ce sont la théorie du Mandat,
la théorie de la Bonne Foi.
la théorie des Usages,

Adopte-t-on la théorie du MANDAT, le médecin traitant étant le mandataire du malade ? On reprendrait ainsi la définition du Droit Romain, très large contrat consensuel, par lequel un mandant charge de faire un *acte matériel* ou un acte juridique dans son intérêt, un mandataire qui accepte gratuitement. Le médecin à Rome était traité comme un mandataire, mais avec la rémunération en plus, qualifiée de *honos*, honoraire. Toutefois le praticien ne pouvait exiger ses honoraires en justice que par une action *extra ordinem* et non par l'action née du mandat. Dans notre droit civil, le mandataire (art. 1999 par. I), peut réclamer le paiement du salaire auquel il a droit. Et l'on peut dire, s'appuyant sur la nature même du mandat, que le mandataire qui tire un profit clandestin du mandat doit règlement de compte à son mandant. Qu'il soit bénévole ou salarié « tout mandataire, nous dit l'art. 1993, est tenu de rendre compte de sa gestion et de faire raison au mandant de tout ce qu'il a reçu en vertu de sa procuration ».

Il ne pourrait garder par devers lui ces profits occultes que sur l'approbation et la connaissance du

mandant. Sinon, celui-ci apprenant la chose, pourrait agir contre lui en restitution de bénéfice secret et en dommages-intérêts.

Une partie des auteurs, non l'unanimité, a adopté la théorie du Mandat qui voit dans le médecin traitant un mandataire de soins (Pothier, Merlin, Trolong, Marcadé, Demante, Colmet de Santerre). Les adversaires l'écartent pour deux raisons : la représentation du mandant par le mandataire est essentielle et non ordinaire ; d'autre part l'objet d'un mandat est avant tout un acte juridique.

Néanmoins la Jurisprudence y trouve une base commode pour réduire les honoraires excessifs. Elle en fait une application courante en matière de rémunération des agents d'affaires. (Req. 28 mai 1913 D. 1916. I. 271 : Rouen 21 octobre 1928 D. H. 28-599). A l'occasion, elle l'utilise en matière d'honoraires médicaux (principe énoncé S. 1908. I. 223 — D. P. 1901. 2. 206 note 2-4 — Civ. 24 avril 1914 D 17-1-1 (18^e espèce) et S. 14-1-349 — Trib. civ. de Gap. 14 mars 1922 D 1922-5-7 — Trib. civ. de la Seine 28 novembre 1922 D. 23-2-38).

M. Josserand a pu y voir une réaction de l'équité contre le droit conventionnel (Cours de Droit civil positif Français t. II, 2^e édition 1933 N^{os} 403-404).

A notre sentiment, il est impossible de faire entrer le contrat qui unit médecin et malade dans le moule de ceux qui existent : mandat, entreprise. N'ayant rien de spécial, nous sommes obligés de nous adresser à la théorie générale des obligations et la jurisprudence lorsqu'elle a à statuer directement sur la question l'a bien affirmé (Civ. 3 mars 1926 D. 27-1-93 et la note du Conseiller Falcimaigne — Douai 21 juin

1932 Rec. Douai 1932-293 : Voir également Perreau Op. cit.).

M. le Professeur Perreau fait appel précisément à la notion de l'USAGE pour faire tomber la Dichotomie. L'art. 1135 du Code Civil s'exprime ainsi : « Les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé mais encore à toutes les suites que l'équité, l'*usage* ou la loi donnent à l'obligation d'après sa nature ». En contractant avec son médecin, le malade compte sur l'observation des usages loyaux et constants de la profession. De même les articles 1159 et 1160 C. Civ. se réfèrent aux usages pour les clauses ambiguës ou l'absence de clause. Un médecin traitant qui s'entend à son insu avec un chirurgien — même pour soins utiles effectivement — pour un partage d'honoraires, manque aux usages loyaux et constants de la profession.

En s'en tenant comme M. Perreau à la seule théorie des usages professionnels, il serait difficile au demandeur de se faire allouer par les tribunaux des dommages-intérêts pour leur inobservation ou leur violation. Ces usages, quand ils sont écrits sous forme de principes, de règles ou de Codes de Déontologie, n'ont aucun caractère obligatoire ; ils n'ont force que d'obligation privée. Les Tribunaux pourront peut-être s'en inspirer pour flétrir dans les motifs de leurs jugements la conduite du médecin dichotomiste, ils ne sauraient baser juridiquement leurs décisions sur eux. En outre les usages sont variables et même contradictoires. Nous verrons que si la Confédération et si certains Syndicats ont pris nettement position contre la Dichotomie, d'autres Syndicats ont voté des textes ambigus ou favorables à la dichotomie. Et même,

pourrait-on dire, de quel usage s'agit-il ? De l'expression de la bonne volonté d'une Assemblée Générale rédigée par écrit sous forme de règlement ou plutôt de l'usage pratique, quotidien ? Car il y a deux choses : la règle écrite et la pratique. Elles sont essentiellement différentes (voir les déclarations syndicales pleines de candeur qui avouent que la dichotomie est interdite... mais que tout le monde la pratique...)

Aussi est-il préférable en Doctrine de condamner la dichotomie au nom de la BONNE FOI. Elle est écrite à l'article 1134 du Code Civil, dernier alinéa. « Elles (les conventions) doivent être exécutées de Bonne Foi » au chapitre de l'effet des Obligations. La bonne foi, en Droit Civil, c'est l'équité en tant que celle-ci doit présider à l'interprétation et à l'exécution des conventions, d'après la commune intention des parties contractantes ⁽⁶⁾. Le but poursuivi par le malade est incontestablement la recherche de la guérison : si un malade vient consulter ou fait appeler un médecin, c'est pour qu'il le guérisse. Pour le médecin, le but est plus modeste et plus réel : établissement d'un diagnostic exact et traitement approprié qui dans les cas les plus favorables fera disparaître le mal et dans les autres cas l'empêchera de s'aggraver et le rendra supportable. Le médecin s'oblige à traiter ou à opérer le malade suivant toutes les règles de l'art.

Le contrat *sui generis* entre le médecin traitant et le malade est indubitablement de nature civile. Certains (Georgel, thèse 1925, Etude juridique des cliniques médicales privées non gratuites) ont voulu en faire un contrat commercial s'appuyant sur une interpréta-

(6) Répert. Fuzier-Herman, V^o, *Bonne Foi*, n^o 1.

tion forcée de la définition du Commerce d'après MM. Lyon-Caen et Renault. « Le mot commerce désigne toutes les opérations que l'homme peut faire relativement aux choses et consistant dans une série d'échanges *lato sensu*. Chaque jour pour satisfaire à nos besoins nous échangeons des produits ou des services. »

Le commerce poursuit un but, un résultat ; le service médical ne peut apporter que des moyens. Ainsi M. Roger Picard, dans l' « Europe Médicale » (juin-juillet 1936, N° 4) : « Lorsque vous prenez le train, un taxi, vous faites avec la compagnie un contrat au terme duquel, moyennant paiement du prix de votre parcours, la Cie doit vous amener sain et sauf à destination : il s'agira d'obtenir un résultat. Au contraire le seul engagement que contracte le médecin consiste à mettre à la disposition du malade toutes les ressources de sa science, de son art et de sa conscience. Il lui doit compétence, vigilance, constance. Il ne promet pas un résultat, mais des soins, des *moyens* ». Enfin contre le caractère commercial de ce contrat, nous pouvons dire que l'*intuitus personae* qui est essentiel ici, ne joue qu'un rôle minime en matière commerciale.

Et ce contrat *sui generis* ne change pas de nature lorsque le médecin traitant pose le diagnostic d'une opération chirurgicale ou réclame une consultation. A côté, et comme encadrant les obligations réciproques des parties, domine le *climat* de bonne foi sans lequel le contrat ne peut vivre. Dans ce genre de contrat en particulier, elle est encore plus nécessaire que dans tout autre. De la part du médecin, c'est comme la contre-partie à la confiance du malade. La bonne foi est due entre cocontractants, qu'il y ait eu ou non nouvel

accord de volontés sur l'opération après l'examen du chirurgien.

Notre Droit Civil continuant la tradition de l'Ancien Droit, n'a pas fait revivre la distinction du Droit romain entre les contrats *stricti juris* et les contrats *bonae fidei*. Il a choisi pour l'interprétation plus perfectionnée des contrats de bonne foi. Ici encore, il a suivi Domat, qui écrivait ⁽⁷⁾ :

« Tout contrat est de bonne foi en ce que celle-ci y a toute l'étendue que l'équité peut y demander. »

Les commentateurs ont accordé un large domaine à l'article 1134 (Demolombe XXIV n° 393 : Larombière I, p. 363). C'est ainsi que Larombière écrit « que la loi bannit des contrats... les dissimulations et les simulations perfides... qui tout en se déguisant sous les apparences de la prudence et de l'habileté, *spéculent* sur la crédulité, la simplicité et l'ignorance ».

Les juges pourront mettre en évidence les atteintes contre la bonne foi d'un médecin dichotomiste : l'envoi au client d'un état d'honoraires dus pour ce qui se rapporte à l'acte opératoire en même temps que la demande par l'opérateur d'une somme d'argent devant revenir au médecin traitant ; l'exagération manifeste des honoraires de l'opérateur qui a majoré son prix sous l'influence du traitant pour lui permettre de demander une note proportionnelle selon les usages du syndicat local ; toutes les manœuvres enfin, souvent subtiles, par lesquelles le médecin traitant dirige son malade vers tel spécialiste, tel chirurgien. L'ignorance de la ligne de conduite du traitant, l'ignorance de la destination des deniers et de la cause du paiement

(7) *Lois civiles*, première partie, livre I, t. I, sect. 3, art. 12.

dans la note du chirurgien sont des fautes contre la bonne foi. Le juge sera amené à éclaircir et à préciser ces demandes : alors apparaîtra nettement la dissimulation et la simulation, souvent au moyen desquelles on a spéculé sur l'ignorance du client.

Grâce à la théorie de la bonne foi, le juge pourra dans les cas avérés de dichotomie, accorder au malade des dommages-intérêts réparateurs de sa confiance légitime trompée. Le client qui a entendu de la bouche de son médecin traitant le diagnostic d'une consultation ou d'une opération, sait qu'il décaissera une somme relativement importante, mais qui sera justifiée par des services effectivement rendus. Aussi paiera-t-il sans murmurer la note d'honoraires spéciale ou la note de fin d'année de son médecin traitant pour les soins et services à l'occasion de la consultation ou de l'opération. Il ne se doute nullement que le consultant ou le chirurgien a élevé ses honoraires afin de faire participer pécuniairement le médecin traitant à cette source de profit. Le médecin s'est ainsi fait rémunérer deux fois pour le même service. Le malade n'y a rien vu, et pour cause. Il ne pourrait se douter de la Dichotomie qu'en se laissant assigner en paiement d'honoraires ou en assignant lui-même en réduction d'honoraires. Alors apparaîtrait la supercherie, pour ne pas employer d'autres termes. Le malade a eu le sentiment légitime de bien agir, il y a droit pour lui, et pour le médecin responsabilité, source de dommages-intérêts. Le médecin a trompé la confiance du malade qui croyait légitimement en la normalité des honoraires réclamés ⁽⁸⁾.

(8) Voir Emm. LÉVY : *Responsabilité et Contrat-Revue critique de législation et de jurisprudence*, 1899, p. 361 et suiv.

SECTION II

La doctrine déontologique

Les auteurs de traités de déontologie comme les différents syndicats médicaux, le syndicat des Chirurgiens français et la Confédération des Syndicats Médicaux Français se sont montrés opposés à tout *compérage* ou *rabattage* et à la *dichotomie*.

DECHAMBRE ⁽⁹⁾ s'exprimait ainsi après avoir examiné les arguments en faveur d'une remise de la part du chirurgien ou du spécialiste au médecin traitant : « Quiconque est jaloux de l'estime publique et de la dignité de l'art, doit refuser à quelque titre que ce soit, sous quelque prétexte et dans quelque mesure que ce soit, toute participation aux honoraires des chirurgiens ou des médecins consultants. »

Le Dr CEZILLY ⁽¹⁰⁾, dans un article au « Concours médical » sur la Dichotomie et la presse politique, commence par ces lignes : « Pratiquer la dichotomie, c'est se livrer à un accord illicite qui consiste dans le partage du prix des consultations ou des opérations en une proportion plus ou moins élevée entre le médecin traitant et le médecin ou le chirurgien qui a été appelé. Nous disons illicite, parce que le traitant ne doit jamais recevoir une somme quelconque qu'ignore son client. »

Mais il ajoutait fort pertinemment, que le consultant ou le chirurgien appelé par la famille, avait le

(9) *Le Médecin*, 1883, p. 286 et suivantes.

(10) *Concours Médical* du 19 septembre 1896.

devoir de veiller à la rémunération de son confrère et même de réclamer, en même temps que ses propres honoraires, ceux du médecin traitant. Il aurait été souhaitable que certains médecins relussent l'article du Dr Cézilly.

GRASSET, au Congrès de Déontologie de 1900 ⁽¹¹⁾, voit dans la dichotomie un mode de concurrence déloyale :

« Equivalant à une commission donnée par le consultant au traitant afin que celui-ci l'appelle plus souvent et de préférence aux autres confrères, c'est donc un moyen détourné et peu loyal pour essayer d'enlever des clients à des confrères. De plus, comme le partage se fait clandestinement à l'insu du client et de tous et n'est connu que des deux complices, il peut être le point de départ de véritables marchandages ou de surenchères... ce qui devient littéralement odieux. Accepter une part des honoraires d'autrui pour le médecin, serait une aumône ou une commission. Il doit être au-dessus de l'une et de l'autre. »

Le même Congrès vit son Assemblée voter un vœu en faveur de la rédaction d'un Code de Déontologie après avoir entendu à nouveau le Dr Grasset sur le compérage et le rabattage (pp. 309-316).

Le Professeur de Montpellier cite des cas de compérage médico-pharmaceutiques très perfectionnés.

En ce qui concerne la participation intéressée dans les Sociétés d'eaux minérales, Grasset la croît fâcheuse. Ces pratiques ne sont ni illégales, ni immo-

(11) Compte rendu de la première session par le Docteur Jules GLOVER, p. 337-338.

rales (au sens ordinaire du mot), mais elles sont contraires à la morale professionnelle et médicale.

La question de l'Actionnariat dans les Sanatoriums est agitée. L'Association des Médecins de l'Oise avait voté un ordre du jour favorable. Lereboullet recommanda au contraire que dans le Comité directeur d'actionnaires entrent des médecins non praticiens ni professeurs. Ainsi leur intérêt ne serait pas concurrent de celui des malades.

Ce Congrès de Déontologie internationale, aborda toutes les questions épineuses et les rapporteurs ou les différents membres ratifièrent des projets conformes à l'intérêt de la santé publique.

LEGENDRE ⁽¹²⁾ préconise, au cas de consultation, l'usage de la note commune, le consultant disant à la famille :

« Vous êtes suivant nos règles professionnelles redevable de telle somme, comprenant tant pour moi et tant pour mon confrère. »

Cette pratique mettrait fin à certaines coutumes occultes humiliantes pour tout le monde.

A propos de la collaboration médico-chirurgicale, il se montre partisan de l'union des deux cerveaux pour se concerter sur un acte qui sera exécuté par les mains d'un seul. A l'origine de l'acte opératoire, nécessité d'une consultation entre le médecin et le chirurgien : celui-ci ne doit pas être l'ouvrier prêt à faire tout acte professionnel que l'on requiert de lui. Si le choix du chirurgien est laissé au médecin traitant, celui-ci devra se guider sur la notoriété que s'est ac-

(12) *Déontologie et Jurisprudence médicale*, en collaboration avec Ribadeau-Dumas, 1920, p. 322.

guise tel ou tel par ses travaux spéciaux, il tiendra compte aussi de son honorabilité et des ressources pécuniaires du malade. Pour le choix de la maison de santé, il fournira les indications qu'on lui demande sans paraître imposer aucun établissement. L'assistance du médecin à l'opération est la règle. Même s'il ne collabore pas matériellement à l'acte opératoire, le chirurgien se doit d'expliquer que sa présence lui est indispensable comme représentant de la famille. Le règlement des honoraires se fera par note globale dans laquelle il est correct de préciser quelle est la part de chacun. Et il conclut : « La seule pratique inacceptable est la dichotomie clandestine. »

Le Dr HUBERT ⁽¹³⁾ réproouve la dichotomie lorsqu'elle amène le spécialiste à exiger des honoraires exagérés. On ne peut blâmer, ajoute-il, le spécialiste cédant à titre gracieux une partie de ses justes honoraires au praticien qui l'a fait appeler.

Le Professeur H. VERGER, de Bordeaux ⁽¹⁴⁾, examine la dichotomie de consultation, puis la dichotomie d'intervention chirurgicale. Il constate que d'une nécessité de la pratique de la note d'honoraires globale est sortie une sorte de dichotomie analogue à la dichotomie chirurgicale. Et il signale les dangers de cette pratique : tromperie parce qu'occulte, majoration des prix du consultant qui risque une diminution de clientèle par ses exigences excessives (?), caractère de remise commerciale qui incite à choisir les consultants d'après le quantum de la remise, méfiance et même mépris du public. M. le Professeur Verger se borne à recommander la note d'honoraires unique,

(13) *Le Devoir du Médecin*, n° 129.

(14) *Précis de Déontologie Médicale*, 1921, p. 188 et sq.

c'est-à-dire comportant au su du client les honoraires du consultant et ceux du traitant. La base de la note unique serait constituée par l'honoraire du consultant. Mais l'honoraire du traitant ne saurait être proportionnel à celui du consultant, car, dans la composition de celui-ci, entrent des facteurs qui sont sans relation avec la peine prise par celui-là : notoriété du consultant, lieu d'où il vient. En outre la proportionnalité présente des dangers, notamment celui d'avoir tendance à réserver les consultations aux seules notoriétés susceptibles d'obtenir sans récrimination des prix élevés, c'est-à-dire à handicaper fâcheusement un certain nombre de consultants plus jeunes, mais non moins méritants ». Aussi l'auteur propose-t-il un honoraire obtenu en multipliant le prix ordinaire par un coefficient qui sera de 5 à 10 suivant les cas.

Abordant l'étude de l'intervention chirurgicale, M. le professeur Verger pose le principe suivant : « La part du médecin traitant dans les honoraires de l'intervention est justifiée dans la mesure où il a fait acte de collaboration ». Et il s'explique sur ce que comprend le mot de collaboration :

« Ce principe est indiscutable et d'application facile quand le médecin habituel a pris une *part active* à l'opération. Il se justifie même dans le cas où il fait simplement acte de spectateur si on considère l'élément moral, les *éléments matériels* de son rôle : consultations préalables, déplacements, perte de temps. Mais dans la pratique existe la dichotomie : partage à un degré variable du quart ou de la moitié entre le médecin habituel et le chirurgien, des honoraires perçus par ce dernier. Si elle ne correspond à une collaboration effective, elle n'est qu'une remise de rabat-

tage. En plus des dangers déjà indiqués, existe la tentation pour le traitant de réclamer s'il a assisté à l'opération des honoraires spéciaux nonobstant qu'il ait déjà touché sa remise.

L'Abbé VALTON ⁽¹⁵⁾ se place sur le terrain du service d'ordre professionnel. Dans le cas où le médecin se contente d'adresser le client au chirurgien, il faut d'abord remarquer que diagnostiquer la nécessité d'une intervention chirurgicale ou la nécessité d'un traitement médical ne sont pas en soi deux choses différentes. Mais il arrive que le client ne distingue pas entre service et service et le médecin insuffisamment honoré est tenté de justifier à ses propres yeux une pratique qui rétablit ses intérêts lésés. Et il peut y avoir des cas particuliers où la compensation occulte soit justifiée. Au cas d'assistance ou de participation à l'acte opératoire on conçoit facilement la note commune avec indication, non seulement de l'existence de parts respectives, mais de leur montant. Ces parts n'ont pas de relation fixe entre elles. Il ne saurait y avoir proportion. Tout est question d'espèce : la rémunération se fera selon l'importance de l'intervention du médecin.

Il n'y a pas prestation de service professionnel à l'égard du chirurgien de la part du médecin traitant qui lui adresse un client et il ne saurait y avoir rémunération. Et si le médecin a droit à des honoraires proportionnés au service professionnel qu'il rend au malade, le service qu'il peut rendre simultanément au chirurgien n'est pas d'ordre professionnel et n'est pas monnayable.

(15) *Un cas épineux de Déontologie : la Dichotomie*, Troyes, 1935.

Sur quelque terrain que l'on se place, il est impossible de justifier le principe de la dichotomie clandestine. Les auteurs sont donc d'accord unanimement pour la condamner.

S'inspirant des directives de ces maîtres, des ASSOCIATIONS se sont formées, comme l'*Association amicale déontologique de Médecine et de Chirurgie*, par exemple, fondée à Paris en 1910, dont les membres prenaient l'engagement de s'abstenir de toute prescription à bénéfice commercial, de tout marchandage entre confrères, de tout partage clandestin d'honoraires et d'une manière générale de toute pratique qui n'aurait pas pour objet le seul intérêt des malades.

Plus récemment, la *Ligue Médicale contre la Dichotomie*, fondée en 1929, très active, objet de violentes polémiques, a pour but (art. 1 de ses statuts) : « de lutter contre la dichotomie sous toutes ses formes, la dichotomie consistant dans tout partage d'honoraires effectué à l'insu du client et dans toute remise de commissions ou ristournes prélevées sur les honoraires convenus ou versés par le client ». Les 162 membres qui la composent sont constitués non seulement par l'élite professionnelle, mais surtout par des hommes qui désirent conserver à la médecine son véritable caractère et qui comprennent que le but unique du médecin est de s'attirer la confiance du malade grâce à une liberté de jugement complète à l'égard de la « clientèle médicale ». L'action utile, le sacrifice de ces praticiens ont provoqué la colère, la fureur même de beaucoup de confrères, qui, en raison de la publicité de certains actes de la Ligue, se sont répandus en calomnies les plus diverses sur leur compte. L'homme

honnête est généralement doublé d'un sage et l'on connaît la maxime « *Invidia medicorum pessima* », et certain syndicat qui arbore comme devise « *Optima medicorum concordia* » ne s'est pas fait faute sous le titre « Débat inconsidéré », de critiquer violemment les conférences prononcées en 1930 par deux orateurs de la Ligue dans un Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. (Bulletin du S.M.S. avril 1930, p. 135.) Des protestations officielles furent présentées au Doyen de la Faculté.

Nous nous autorisons à parler librement de ces faits : notre indépendance à l'égard de tous corps médicaux nous le permet et en tant que membre du public « qui n'est que trop enclin à essayer de tirer parti des dissensions professionnelles », nous formons le vœu que soient mieux rémunérés les actes médicaux, que les médecins utilisent leur si puissante force syndicale à faire l'éducation du public, au besoin à lui imposer une rémunération légitime pour service effectivement rendu. Le public conserve encore le sens de la justice. Mais nous ne souhaitons pas moins vivement longue vie et féconde activité à la Ligue Médicale contre la Dichotomie qui est notre protectrice à l'intérieur de la profession, qui est suprêmement nécessaire et qu'il est regrettable, pour ne pas dire surprenant, de voir si peu nombreuse.

Déjà les SYNDICATS MÉDICAUX ont tous agité la question et voté quelque texte relatif à la dichotomie. Nous citerons :

— la Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault, en 1924 (art. 29 de son Code de Déontologie

en faveur d'une note globale avec quantum dû à chacun, indiqué ouvertement).

— l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle (exclusion du Syndicat des pratiquants de la Dichotomie).

— Syndicat de la Région Niortaise, qui a admis le principe de la dichotomie, décidé d'allouer un tiers des honoraires du chirurgien au médecin traitant présent à l'opération, admis le droit aux honoraires pour le médecin non présent à l'opération (14 voix contre 7 et 6 abstentions) selon le pourcentage du cinquième. Nous devons dire pour être complets, qu'avec cette question de principe, les membres de ce Syndicat ont voulu demander aux chirurgiens de déclarer aux opérés dans leurs notes la part des honoraires qui leur revient et celle du médecin traitant.

— Le Syndicat du Rhône (Avenir médical 7 octobre 1923) : la dichotomie est interdite formellement, mais les honoraires d'assistance du traitant peuvent être perçus avec ceux de l'opérateur en fournissant à l'opéré le détail des honoraires.

— La Fédération des Syndicats Médicaux d'Alsace (Code de Déontologie au Carnet Médical Français, octobre 1936, p. 4.033, art. 76 visant la consultation établit l'usage de notes séparées ; art. 78 sur les examens spéciaux et l'intervention chirurgicale : on admet en cas d'opérations la note globale avec notification de ce caractère au malade ou à ses répondants à qui l'on devra fournir, s'ils le désirent, la part respective de chaque médecin ; art. 79 qui interdit toute dichotomie, toute convention entre médecins à l'insu du client, tout bénéfice indirect et ignoré du client).

— Enfin, le *Syndicat des Chirurgiens Français* a

toujours condamné la dichotomie. A l'Assemblée générale de 1928, il adoptait les textes suivants de sa Commission de Déontologie :

1) Lorsqu'une maladie doit entraîner une intervention chirurgicale, il est de l'intérêt du malade qu'une collaboration s'établisse entre le médecin et le chirurgien. C'est le rôle du chirurgien de faire comprendre au client que cette collaboration est utile et qu'en s'en privant il s'expose à le regretter tôt ou tard.

2) Pour le règlement des honoraires deux modalités peuvent être employées au gré du chirurgien.

3) Chacun des praticiens peut présenter sa note isolée au client. Ce mode est celui qui paraît préférable.

4) On peut toutefois admettre, au cas d'opération, la remise au client d'une note commune, à condition que celui-ci sache exactement quels confrères sont honorés et le taux respectif de leurs honoraires ⁽¹⁶⁾.

L'hostilité envers la dichotomie n'a pas toujours été le principe et la Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France, en octobre 1928 (Bulletin n° 10), avait une doctrine favorisant la Dichotomie :

« Il doit être spécifié au malade, lisons-nous dans le rapport du Dr Billaud sur le Code de Déontologie (p. 262), que les honoraires globaux comprennent ceux de l'opérateur, de ses aides et du médecin traitant, *sans qu'il y ait lieu de détailler la part respective de chacun.* »

Par cet *in fine*, on laisse la porte ouverte à la dichotomie, à tous les trafics plus ou moins honteux sur le dos du malade. Et immédiatement après :

(16) *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens Français*, nov. 1928, p. 188 et sq.

« Au cas où le médecin préfère réclamer ses honoraires directement à son malade, le procédé est *licite* et l'opérateur le spécifie dans sa note. » En vérité, ce mode constitue l'exception dans la pensée du rapporteur officiel de la Fédération. Il est *licite* simplement ! C'est comme une concession accordée à regret aux partisans de la note séparée qui est l'antidote de la dichotomie.

Quant à la *Confédération des Syndicats Médicaux Français*, sa doctrine a évolué lentement dans le sens de l'hostilité contre la dichotomie. La note séparée pour la Confédération était permise mais non obligatoire. Et le 12 février 1933, le Conseil d'Administration de la Confédération votait la recommandation de la note séparée ou de la note commune *détaillée* avec indication des honoraires respectifs. En outre, il adoptait certaines modifications très importantes du Code de Déontologie et qui seraient soumises à l'Assemblée Générale, notamment les modifications des articles 49 et 50.

Dans l'article 49, la faculté de note séparée ou de note commune était remplacée par l'*obligation* de la note séparée. De même dans l'article 50, la souplesse et la latitude d'une note séparée ou d'une note commune avec indication nécessaire de son caractère et facultative de sa composition était remplacée par l'*obligation* de l'emploi de la note personnelle.

L'Assemblée n'a pas adopté ces propositions. Il n'en reste pas moins que l'évolution à l'intérieur du Conseil était manifeste.

Voici d'ailleurs le contenu des articles 49, 50, 51 et 52 du Code de Déontologie élaboré par la Confédération et qui sont relatifs à la dichotomie :

« Art. 49. — Dans la consultation à deux ou à

plusieurs médecins, le règlement des honoraires peut, au choix des intéressés, se faire par note séparée ou par note commune. »

« Art. 50. — Les nécessités de la pratique médicale obligent souvent le médecin traitant à faire appel à un confrère pour des examens spéciaux ou une intervention chirurgicale.

« La conduite idéale est la présentation au client, par chaque médecin, d'une note personnelle.

« On peut toutefois admettre, au cas d'opération, la remise d'une note commune, mais dont le *caractère global* sera notifié au malade ou à ses répondants, à qui l'on devra fournir, s'ils le désirent, la *part* respective de chaque médecin.

« Toute *remise clandestine*, c'est-à-dire effectuée à l'insu du client, est interdite, comme immorale. »

« Art. 51. — La participation du médecin traitant aux honoraires dus pour une intervention, ne doit en aucun cas dépasser l'équitable rémunération de sa *collaboration effective*.

« Les soins consécutifs donnés par le médecin traitant doivent faire l'objet d'une note spéciale. »

« Art. 52. — Tout manquement aux prescriptions du Règlement de Déontologie relève de la juridiction professionnelle. »

La tâche de moralisation de la Confédération ne date pas d'hier. Déjà, en 1931, son Assemblée générale (17) avait précisé, à propos des lois sociales, « qu'en matière d'acte de chirurgie ou de spécialité, les honoraires des médecins traitants ne peuvent être

(17) *Presse Médicale*, 15 avril 1933, pp. 618-619.

que des honoraires d'aides, lorsque l'assistance est effectivement réalisée ».

En 1932 l'Assemblée générale condamne de façon absolue la dichotomie, rejette tout pourcentage entre les honoraires du chirurgien ou du spécialiste et du médecin traitant.

CHAPITRE III

LA JURISPRUDENCE

Elle a souvent eu l'occasion de statuer sur des *contestations d'honoraires* en matière médicale pour les soins administrés aux particuliers.

Les cas les plus fréquents où elle a eu à se prononcer et où elle aura encore à se prononcer sont ceux dans lesquels il n'a pas été stipulé dès le début de la maladie ou pendant son cours de forfait bien déterminé. Si une très ancienne jurisprudence, s'inspirant du Droit romain, n'admettait pas de pareilles conventions (Arrêt du Parlement de Provence, 19 novembre 1633), cette rigueur, sous l'influence de la Doctrine (Fuzier-Hermann, *Répert. du Droit français*, V°, Médecine-Chirurgie, N° 248 — Dubrac, *Traité de Jurisprudence médicale*, 1893, N° 270. Roland, *Les Médecins et la Loi* du 30 novembre 1892), a disparu, et rien ne s'oppose désormais à ce que l'on convienne avec un médecin qu'il traitera à forfait. Une telle convention ne pourrait être résiliée que s'il était démontré que le médecin, pour obtenir cet engagement, a eu recours soit à des manœuvres dolosives, soit à une contrainte morale (Trib. civ. Seine, 23 février 1907, sol. impl., et note Legris, D., 1910-2-53).

Mais quels sont donc les éléments qui permettent aux juges d'évaluer en équité les légitimes honoraires

dus au praticien? De tout temps les tribunaux ont pris en considération, pour la fixation des honoraires : 1° la gravité de la maladie ou de l'opération sans qu'il y ait lieu, en principe, de considérer le bon ou le mauvais résultat ; 2° la qualité et la position de fortune du malade ; 3° la notoriété et la situation du médecin (Paris, 3 Germinal an XI, aff^{re} Tallien ; Tribunal de la Seine, 21 août 1884, *Gaz Pal.*, 85-1-82) et encore 4° la perte de temps et les difficultés plus ou moins grandes qu'a éprouvées le médecin pour les visites ou opérations (cf *infra*), ainsi que son éloignement du lieu où il a été appelé ; 5° le nombre des visites (Bordeaux, 16 février 1900, D., 1901-2-206 ; Toulouse, 15 janvier 1907, D., 1907-5-25).

Si les tribunaux peuvent se guider sur les tarifs syndicaux, ils préfèrent toutefois faire application aux parties des principes de droit commun et fixer les honoraires en tenant compte des services rendus, ce qui est beaucoup plus juste, car les tarifs syndicaux présentent le grave inconvénient de ne tenir compte ni de la notoriété du médecin, ni du caractère des services rendus. D'ailleurs, leur sagesse leur dicte de réduire à la fois l'exagération du médecin qui réclame, mais aussi de réprimer l'ingratitude du client qui refuse de se libérer (Bordeaux, 16 février 1900 précité ; Trib. Civ. de Gap, 14 mars 1922, D.P. 1922-5-7). Et alors on ne comprend plus les récriminations de certains médecins qui soupçonnent les magistrats de partialité à leur égard.

Le malade, comme les différents incapables, a droit à la protection des Tribunaux : la Cour d'Amiens, dans un ancien arrêt (10 février 1854, D. P., 1855-2-62) le comprenait ainsi lorsqu'elle énonçait que « si

le dogme médical échappe à l'examen du Juge, il appartient cependant aux Magistrats de rechercher si le médecin s'est proposé une spéculation plutôt que la guérison ou le soulagement des malades et d'apprécier ainsi sa bonne foi ». Les tribunaux ont souvent à trancher les litiges survenus à l'occasion du règlement des honoraires que réclament les agents d'affaires mandataires de leurs clients : ils se montrent généralement sévères pour cette catégorie de personnages (Req., 28 mai 1913, D., 16-1-271 ; Rouen, 26 octobre 1928, D.H., 1928, p. 599 ; Amiens, 15 mai 1929, D.H., 1929, 451). Ils ont le droit le plus absolu pour des raisons analogues, mais non identiques, d'intervenir dans les règlements d'honoraires médicaux (Bordeaux, 16 février 1900 précité : Civ., 24 avril 1914, D., 17-1-1, 18^e espèce). Dans ce dernier arrêt concernant les honoraires dus à un médecin pour une victime d'accident du travail (cas évidemment un peu particulier) la Chambre Civile dit notamment :

« Attendu que le Tribunal de Béziers, en supprimant certains articles du mémoire du Docteur A... et en fixant à une somme déterminée le montant des honoraires pour le traitement complet de B... n'a fait qu'user du droit qui lui appartenait de déterminer d'après les circonstances le chiffre du salaire dû au mandataire et que son évaluation à cet égard échappe au contrôle de la Cour de Cassation... »

Enfin, un jugement du Tribunal de Périgueux (23 juin 1928, S., 1928-2-155) reprend et résume très bien cette importante question. Les tribunaux seuls sont appelés à trancher les difficultés entre les médecins et les particuliers en ce qui concerne les honoraires des praticiens. Il faut, d'un côté, que le médecin, suf-

fisamment occupé, puisse vivre *largement* de sa profession et il faut, d'un autre côté, que le service public sanitaire soit effectué dans des conditions normales qui permettent au public d'être soigné *consciencieusement* sans qu'il ait le sentiment d'être exploité. Ces motifs du Président Goizet sont de nature à apaiser toute crainte de la part des médecins et toute inquiétude de la part des patients.

La compréhension de la jurisprudence est large, opportune, toujours marquée au coin du bon sens. C'est ainsi qu'il a été décidé que les visites consécutives à une opération grave et nécessitant des soins particuliers donnaient droit à des honoraires plus élevés que les visites précédemment faites (Trib. Seine, 10 février 1894, *Gaz. Pal.*, 1894-1-376). Il est également de jurisprudence, au cas de consultation, de payer au médecin ordinaire et à chacun des médecins consultants une rétribution pouvant s'élever, d'après les usages de certaines localités, jusqu'au quadruple de la visite ordinaire. Le juge comprend que le médecin traitant, au cas de consultation, rend un service effectif à raison de la délibération qui doit suivre l'examen très attentif du malade (Trib. Bordeaux, 22 mars 1892, *J. Arr. Bordeaux*, 92-2-67). De même un arrêt de la Cour de Bordeaux (14 février 1900, S-1900-2-190) consacre qu'il est admis d'allouer en général au médecin de la famille un honoraire égal à celui des autres confrères appelés en consultation avec lui (Docteur Delage c/ Dame Jullien).

Le Tribunal s'efforce toujours d'apprécier *ex æquo* et *bono* les circonstances de fait qui transforment le caractère et la nature d'une simple visite. Ainsi il s'arroge le droit de majorer les visites faites de nuit

qui se sont parfois terminées par des opérations d'un genre assez répugnant (Cour de Lyon, 15 novembre 1898, adopt. motifs Jugem^t Montbrison, D.P., 1899-2-371).

Il faut noter encore que toute opération faite au cours d'une visite et en général tout ce qui prolonge la durée moyenne d'une visite normale autorise le médecin à réclamer des honoraires supérieurs au prix d'une visite (Trib. civ. de Valence, 27 décembre 1901, P., 1905-2-91).

Les magistrats ont de tout temps sanctionné les honoraires pour assistance à l'opération : il y a service rendu plus ou moins facilement appréciable, plus ou moins important, quelquefois précieux (Trib. Paix de Lagny, 20 juillet 1898, Rev. des Justices de Paix, 1899-14). Le juge ne s'interdit pas de rechercher, en dehors de l'aide apportée à l'opération, la part qu'a prise l'assistant dans la décision initiale, les préparatifs de l'opération et ses suites (Gand, 24 juillet 1905, Pas. Belge, 1905-2-182). Enfin un jugement typique du Tribunal Civil de Lille (31 octobre 1928, *Gaz. Palais*, 1928-2-923) accorde le droit au chirurgien de réclamer dans ses honoraires les honoraires du médecin traitant qui l'a assisté dans l'opération. On ne saurait lui objecter la maxime « Nul en France ne plaide par procureur ». Les dépenses faites ainsi par le chirurgien l'ont été dans l'intérêt du malade et elles font *partie intégrante* des honoraires réclamés.

Ce jugement est important, car dans ce dernier motif il admet et milite même pour la note commune. Le chirurgien est considéré comme un entrepreneur à qui le malade doit raison de ses débours faits dans son intérêt.

SECTION I

Son attitude vis-à-vis des dérivés de la Dichotomie

La jurisprudence s'est prononcée dans le cas de COMPÉRAGE PHARMACEUTIQUE. Elle n'a jamais eu à trancher de différends entre des rabatteurs (Bandagistes, articles d'hygiène). On le comprend, car d'une part les intérêts du médecin bénéficiaire sont assez minimes en comparaison de ceux investis dans une société avec un pharmacien. Et aussi ses relations avec ces fournisseurs d'un genre particulier sont moins fréquentes qu'avec le pharmacien. Enfin le bandagiste ou le marchand d'articles d'hygiène n'est pas dans le cadre d'une profession réglementée. Les juridictions civiles ne seront saisies qu'au cas de discorde entre compères, l'un d'eux demandant la nullité de la convention intervenue ou plus modestement la résiliation de ses engagements. Ce qui explique la rareté de ces décisions et l'intérêt qu'ont les compères à conclure un mauvais arrangement plutôt que d'entreprendre un bon procès.

La médecine et la pharmacie étant deux professions réglementées, et la seconde dépendant de la première, la jurisprudence se montre stricte sur l'indépendance qui doit exister entre elles. Elle ne veut pas admettre que le médecin ait intérêt à faire une ordonnance parce que cette ordonnance serait exécutée dans la pharmacie dont il serait l'associé ou le commanditaire. Ainsi a été annulée comme illicite la Société en nom collectif formée entre un pharmacien et deux médecins pour l'exploitation d'une pharmacie alors que

chacun des associés devait avoir des droits égaux dans la direction de l'établissement (Paris, 27 mars 1862, S., 1862-2-381). La jurisprudence veut assurer la liberté et l'indépendance du gérant dans sa gestion. Elle relève dans l'arrêt précité : « l'exclusion pour tout pharmacien du droit de former une association en nom collectif dans laquelle, en renonçant à demeurer seul maître de la direction et de l'exploitation de son établissement il aurait aliéné sa liberté d'action et compromis les garanties d'indépendance et de responsabilité personnelle que la loi exige de lui dans l'intérêt de la santé publique ».

Et nous comprenons comme une application de ce principe, l'arrêt Picard c/ Clausse rendu par la même Cour de Paris, le 31 mai 1867 (S. 1867, 2, 49). Voici les faits : le sieur Picard, médecin, avait conclu un pacte avec le sieur Clausse, pharmacien, aux conditions suivantes ; le Dr Picard donnait matin et soir des consultations gratuites dans un cabinet dépendant de l'officine du pharmacien. Celui-ci exécutait les ordonnances, fournissait les médicaments et encaissait le prix. Le net produit était partagé entre les deux associés. La Cour, sur appel du jugement du Tribunal de commerce, refusa de donner raison au Docteur Picard qui voulait faire annuler sa renonciation à l'association, survenue en 1864.

Dans cet arrêt les magistrats ont commencé à rappeler les *règles de déontologie* des deux professions : « Le médecin ne doit pas faire commerce de son *art* en se créant un intérêt à prescrire des remèdes superflus ; le pharmacien ne doit pas se prêter à cette spéculation abusive en privant les malades du *seul contrôle* qui puisse prévenir le danger des préparations

médicinales infidèles ou défectueuses ». En outre l'arrêt démasque la combinaison frauduleuse destinée à tromper le public par l'appât de consultations gratuites en apparence et rétribuées en réalité.

Il est à remarquer, à l'honneur de la juridiction consulaire, que sa volonté est identique d'enlever toute efficacité juridique aux exploitations médico-pharmaceutiques d'officine (Trib. de com. de Lyon, 19 mars 1904, *Gaz. com.*, Lyon 19 mai 1906). Il s'agissait en l'espèce d'un contrat de Société entre deux pharmaciens mais qui ne prendrait effet que lorsque l'un d'eux aurait acquis son diplôme de docteur en médecine. Le Tribunal de commerce dans l'affaire qui lui était soumise a su fort bien distinguer que le projet des deux compères était non pas de s'associer comme pharmaciens mais d'adjoindre à la pharmacie un cabinet médical, que le fait notamment d'attendre pour réaliser leur société le moment où l'un d'eux aurait son diplôme en médecine indiquait leur commune intention. Et, s'appuyant sur l'ordre public, en ne s'interdisant pas d'indiquer la nullité absolue d'après l'article 1133 du Code Civil, il déclare *nul* l'engagement litigieux.

Cette solution nécessaire dans l'intérêt public et basée sur le large article 1133 est encore plus aisée lorsqu'il existe un texte spécial comme en Belgique, qui possède la loi du 12 mars 1818 et l'arrêté Royal du 31 mai 1885. La Cour de Cassation Belge a eu à intervenir le 2 mai 1904 (*Pasicrisie* 1904, I, 220), dans un procès où des médecins étaient actionnaires et administrateurs d'une société ayant pour objet la fabrication de produits pharmaceutiques. Le premier avocat général Terlinden posa cette question angoissante : le diagnostic de ce médecin sera-t-il libre ?

La loi a voulu que le médecin ne fût que *médecin et non point médecin et actionnaire* et que la main qui a prescrit aujourd'hui un remède ne se tende pas demain pour encaisser une partie du produit de l'ordonnance de ce remède.

En effet, les articles 20 et 21 de la loi du 12 mars 1818 permettent une large interprétation. Le législateur de 1818 avec un langage simple a su viser tous les cas (Cf. pour le texte des articles, *supra* chap. I).

Il est intéressant de rechercher maintenant comment la jurisprudence procède à LA LIQUIDATION DES DROITS DES ASSOCIÉS. Elle a adopté en cette matière (voir à ce sujet, Paris 1862, précité, Civ., 15 novembre 1876, S. 77, I, 409; Paris 13 mai 1866 précité; Aix, 15 mai 1880, *Journal des Sociétés*, 1881, 48), le système de la liquidation de la *communauté de fait* ayant existé entre les parties. Cette solution concorde avec les préférences de la majorité de la doctrine (Sic Hémar, *Théorie et pratique des nullités de sociétés et des sociétés de fait*, 2^e éd. 1926. Capitant, *De la cause des obligations*, 2^e éd., 1924). On ne peut faire qu'ait existé dans le passé une communauté entre les associés, des rapports entre eux, une société de fait. En adoptant cette ligne de conduite, la jurisprudence est guidée avant tout par l'équité, par le souci d'empêcher un des associés de s'enrichir aux dépens de l'autre (voir notamment Trib. Civ. de Marseille, 24 octobre 1923, *Gaz. Pal.*, 1924, 2, 116). D'après les faits de la cause, les juges liquident la communauté dans les termes de la convention qui l'a constituée (Paris 27 mars 1862). Dans les sociétés où le licite l'emporte sur l'illicite, les juges se laissent toujours

convaincre par les principes de l'enrichissement sans cause et accorderont la liquidation selon le pacte (Civ., 15 novembre 1876 précité).

Mais on peut se demander si dans un cas caractérisé de compérage les juges se montreraient aussi bienveillants et si des préoccupations d'intérêt public intervenant, ils n'anéantiraient pas complètement l'engagement, refusant toute action basée sur cet engagement.

Dans ce sens du *refus de l'action* (Trib. Com. de Lyon 19 mars 1904 précité), les magistrats consulaires n'ont pas admis un droit à des dommages-intérêts pour inexécution d'un contrat nul : « Attendu qu'il y a lieu de rejeter toute demande d'indemnité basée sur un engagement nul... ». Tout au plus ont-ils sanctionné la reprise d'un apport versé en acompte (même décision). C'est dire les effets minimes qu'accorde la jurisprudence à ce genre de société et la pénalité réelle infligée aux associés sous la forme d'un refus de consacrer leurs accords illicites. Il faut bien noter que dans toutes ces décisions et surtout dans la dernière, les juges n'ont nullement fait application de la maxime « *In pari causa turpitudinis cessat repetitio* », car la restitution de ce que chacun a livré serait elle-même refusée. D'ailleurs les cas d'application de cette maxime sont de plus en plus restreints : « l'équité est choquée car il se produit un enrichissement injuste au profit de l'un des associés coupables ».

Jamais donc la jurisprudence n'admettra dans l'intérêt supérieur de la santé publique les ententes avouées ou inavouées de médecins qui lui seront soumises. Elle ne saurait leur prêter la force exécutoire de ses décisions. Tout au plus permettrait-elle aux

compères de retirer les fonds mis en commun dans cet intérêt de lucre comme pour hâter la disparition de cette convention essentiellement dangereuse.

SECTION II

Son attitude en face de la Dichotomie

L'auteur ici se doit de dire qu'il n'a pas trouvé une seule décision judiciaire française relative à la Dichotomie. Il faut en déduire que ceux qui s'y livrent s'entendent parfaitement à conserver avec soin la clandestinité nécessaire à leurs pratiques. On conçoit en effet qu'une contestation s'élevant entre un chirurgien ou spécialiste et le médecin qui lui a procuré le malade serait très préjudiciable à l'intérêt futur de ses auteurs en révélant au public ce qu'il ne doit pas savoir : il y a des indiscretions qui coûtent cher, et là encore, un mauvais arrangement vaut mieux qu'un bon procès. Provoquer directement et délibérément une décision de justice serait s'attirer la réprobation des juges sous forme de nullité « *ex cathedra* » et surtout la perte d'une clientèle sur la récrimination du client.

Aussi, lorsqu'un médecin traitant qui a adressé un client au chirurgien correspondant désire toucher sa part à l'occasion de cette affaire, et que, par malheur, l'on se trouve en face d'un client rétif, on agira en *paiement d'honoraires*. C'est la forme généralement employée. Elle est avantageuse pour le médecin traitant qui ne paraît pas à l'instance, le chirurgien actionne le client en réclamant, outre ses propres honoraires, ceux du médecin traitant qui entre en jeu

comme partie prenante au titre d'assistant à l'intervention ou aux opérations. La Jurisprudence admet en effet que le chirurgien est en droit de réclamer dans ses honoraires, les honoraires du médecin traitant et des aides qui l'ont assisté dans l'opération. On ne saurait lui objecter la maxime « nul en France ne plaide par Procureur » (Trib. Civ. de Lille, 31 octobre 1928, Gaz. Pal. 1928-2-923). Ce premier mode d'action en paiement d'honoraires, réclamés par le chirurgien, est mis en évidence par le jugement du Tribunal civil de Bruxelles du 25 avril 1931 rapporté aux *Pandectes Périodiques* de Mai sous le n° 167. (Nous nous appuyerons constamment sur ce jugement très important qui traite directement de la question. Il est regrettable que des revues professionnelles médicales n'en aient cité que certains passages, pour essayer de critiquer la décision des juges belges.)

Il existe une deuxième façon de saisir les tribunaux, mais ici, c'est le client qui prend l'offensive : il agira en *réduction d'honoraires*. Devant une note d'honoraires globale et toujours élevée, le malade s'insurge et peu satisfait des explications verbales fournies par l'opérateur, il demande au juge d'apprécier la note présentée et de dire si elle répond aux éléments habituels d'évaluation : gravité de l'opération, qualité et position de fortune du malade, service rendu effectivement par le médecin traitant, notoriété de l'opérateur. Ce deuxième système est mis en évidence par le jugement du juge de paix de Verviers, en date du 13 avril 1937. Deuxième décision belge.

Dans les deux cas le principe du droit aux honoraires n'est pas contesté, seul leur montant constitue le litige... et pour cause. Dans le cas d'espèce pré-

senté par le jugement de 1931 du *Tribunal civil de Bruxelles*, il s'agissait d'un enfant atteint de péritonite purulente, diagnostic précisé par une consultation entre le médecin traitant et le chirurgien appelé par lui. L'intervention chirurgicale immédiate fut décidée et pratiquée sous forme de laparotomie. Huit jours après, le remplacement du drain par un autre de plus grande dimension fut décidé et une seconde laparotomie pratiquée. L'enfant entra bientôt en convalescence et lorsque les forces furent revenues, l'ablation de l'appendice fut pratiquée à froid. Le chirurgien présenta une note de 71.000 francs, se décomposant comme suit :

- 36.000 francs pour les trois opérations pratiquées ;
- 20.000 francs pour le médecin traitant qui assista matériellement aux opérations ;
- 12.000 francs pour 48 visites et pansements et sept consultations prestées par le chirurgien et son fils ;
- 3.000 francs pour son fils qui assista professionnellement son père, mais sans responsabilité médicale.

Le médecin traitant n'avait pas oublié d'adresser au père de l'enfant un *état séparé* pour soins donnés s'élevant à la somme appréciable de sept mille huit cents francs (7.800 francs).

Le Tribunal de Bruxelles, dans ses motifs abondamment circonstanciés et très précis, relève que ce médecin traitant a assisté à l'opération en simple spectateur, et en tous cas sans responsabilité médicale. Et il en déduit très logiquement « tant des circonstances de fait que de celles de droit, que les sommes

réclamées par le chirurgien pour être remises au médecin traitant constituent de la dichotomie, qu'il est unanimement admis par la *doctrine* et par la *jurisprudence* qu'une telle pratique malheureusement trop fréquente est illicite et que la demande qui se fonde sur elle doit être rejetée comme entachée d'une *cause immorale* : qu'en effet elle ne constitue pas une rémunération *pour soins donnés* ou *services rendus*, mais uniquement une prime au rabattage de la clientèle, une commission abandonnée par le chirurgien à celui qui lui procure des patients ; qu'à ce titre elle enlève non seulement toute dignité morale à celui qui la reçoit, mais se révèle en outre de nature à encourager par l'appât du gain des interventions non rigoureusement justifiées, à considérer la santé humaine comme une marchandise et à introduire dans une profession qui mérite par elle-même le respect, les pratiques mercantiles les plus dissolvantes et les moins avouables. »

Nous avons tenu à reproduire in extenso ce paragraphe du jugement où les magistrats ont su résumer en un raccourci lumineux tout le problème de la dichotomie et le résoudre juridiquement par la cause immorale. Ils ont analysé et découvert la véritable intention des parties à base de lucre, et, établissant une relation entre les divers éléments de l'entente, ils dégagent la cause extrinsèque, les mobiles véritables qui ont animé les parties. En outre, ils ne négligent pas la théorie de l'objet illicite et immédiatement après avoir parlé de cause immorale ils aboutissent à cette constatation : le médecin traitant envisage la santé comme une marchandise, or la santé publique n'est pas dans le commerce, elle ne saurait être l'ob-

jet d'un contrat (art. 1128 C. Civ.). Les magistrats belges rejetèrent donc l'action du chirurgien quant à la somme de vingt mille francs réclamée pour le médecin traitant comme entachée d'une *cause immorale*.

Et plus loin, concernant les honoraires propres du chirurgien, le jugement rappelant de grands principes de morale et de justice, les réduit à douze mille francs. Les juges ne comprennent la rémunération élevée que si elle demeure dans l'équilibre des échanges de valeurs et des profits d'une société donnée, il est inadmissible que pour un service aussi nécessaire que celui de la médecine, le montant des honoraires qu'il n'est pas d'usage de fixer par convention, puisse sous le trop facile prétexte de la dépréciation de la monnaie, atteindre des taux absolument hors de proportion avec la capacité moyenne de paiement des débiteurs, qu'en décider autrement serait mettre en péril la santé publique par la tolérance d'un monopole de fait et d'une politique de prix dont l'illicéité a été reconnue dans d'autres domaines de l'activité économique (motifs VI).

Dans le cas où c'est le client qui attaque et qui saisit le juge au reçu d'une note d'honoraires dont le chiffre élevé et la présentation suspecte lui font redouter la dichotomie à son détriment (notamment si, comme dans le cas précédent, pour endormir sa confiance, il a reçu une note séparée de son médecin traitant pour frais afférents à l'opération) le résultat sera identique. Le juge exigera des justifications de services fournis qui ne pourront l'être, et la prétention de l'opérateur ou du spécialiste sera repoussée. C'est ainsi que le

juge de paix de Verviers ne ménage pas ses critiques sur la Dichotomie.

« Attendu que la pratique dite « Dichotomie » est hautement critiquable parce qu'elle est inspirée par l'intérêt matériel du chirurgien et du médecin traitant et non par l'intérêt du malade, quel intérêt doit primer tout autre.

« Qu'elle a pour but d'attirer sur tel chirurgien qui la pratique le choix des médecins consultants, violant ainsi le sentiment de ces derniers, qui devait les inciter à choisir ou à faire choisir par leur client le plus capable et non le plus offrant.

« Qu'elle a pour effet aussi d'obliger le chirurgien à choisir pour médecin assistant le médecin traitant alors que le chirurgien, dans l'intérêt du malade, devrait avoir le libre choix de cet assistant.

« Que la part du médecin traitant est aujourd'hui de un tiers des honoraires, que cette part est dans bien des cas notablement disproportionnée au *service rendu* par l'assistant.

« Qu'il n'est point dit que la surenchère n'incitera pas les chirurgiens à offrir et les médecins à exiger davantage sans que l'on puisse déterminer jusqu'où cette surenchère conduirait les uns et les autres !

« Que cette pratique a aussi pour effet de tromper le malade sur les exigences du médecin traitant, lequel laisse ignorer en dressant son état d'honoraires, qu'il a déjà touché une somme importante des mains du chirurgien.

« Attendu qu'il résulte de tout ceci que cette pratique est contraire à la dignité du médecin et surtout aux intérêts des malades et qu'elle ne peut apparaître

en justice qu'avec un caractère d'*immoralité* qui suffit déjà à l'empêcher d'être accueillie. »

De ces deux décisions judiciaires ainsi que d'un autre jugement du tribunal de Bruxelles rapporté au Journal médical de Bruxelles du 18 décembre 1902 (procès en dommages-intérêts intenté par le médecin directeur de l'Institut ophtalmique de Namur à un de ses confrères. Le plaignant avait adressé aux médecins belges une circulaire leur faisant connaître que l'Institut est établi sur les bases d'une véritable coopérative commerciale en ce sens que tout médecin qui y adresse un malade a droit à la moitié des honoraires payés par le malade qu'il aura envoyé, déduction faite de 10 % qui constituent la retenue de l'établissement) il ressort les *principes suivants* nettement établis par la jurisprudence : ⁽¹⁾

1) Toute rémunération du médecin traitant doit avoir son fondement dans un service réellement rendu ;

(A ce sujet, il y a coïncidence entre les juges et le Code de Déontologie, art. 51. « La participation du médecin traitant aux honoraires pour une intervention ne doit en aucun cas dépasser l'équitable rémunération de sa collaboration effective).

2) Le médecin traitant doit posséder l'indépendance absolue de son jugement qui lui permettra seule de poser un diagnostic consciencieux et de choisir librement le chirurgien ou le spécialiste qualifié.

3) La médecine n'est pas un commerce, elle demeure même dans l'esprit des juges plus un art qu'une

(1) Voir aussi, *Bruxelles Médical*, 14 mars 1937, Jurisprudence, p. C.D.L. XXXIX.

science. Comme en toute profession libérale, l'esprit de lucre et l'insatiabilité n'y sont pas de mise.

4) Le malade jouit d'un droit de contrôle et de discussion qui disparaît au cas de dichotomie, car il est trompé par les manœuvres de son médecin traitant.

5) La dichotomie constitue un véritable danger pour la santé publique et pour le patrimoine des malades en raison de l'augmentation corrélative de la note d'honoraires. Au surplus, elle est contraire à la dignité du corps médical que les magistrats respectent.

Est-ce à dire que cette richesse de décisions belges, intervenues directement sur la question, s'oppose à l'ignorance des Tribunaux judiciaires français?

Nous avons vu déjà le vieil arrêt d'Amiens du 10 février 1854 (D 55-2-62), qui proclame le droit pour les magistrats de rechercher si le médecin s'est proposé une spéculation plutôt que la guérison où le soulagement des malades, et d'apprécier ainsi sa bonne foi. Et si nos magistrats n'ont pas eu à apprécier directement la question, ils n'en ont pas moins posé des principes analogues à ceux que nous venons d'énoncer :

— Tribunal Civil de la Seine, 30 juillet 1924, Gaz. Pal. 1924-2-553. S'agissant d'une association commerciale en participation entre un médecin et un tiers pour l'exploitation d'une clinique à accidents du travail, les juges déclarent que celui qui exerce la profession médicale doit jouir d'une *liberté* incompatible avec l'état de subordination et de dépendance dans lequel un médecin est placé vis-à-vis de son bailleur de fonds.

— Trib. Civ. de la Seine, 11 janvier 1922, S. 1925-2-9, commentaires de Monsieur le Professeur E. H. Perreau.

S'agissant d'une cession de cabinet médical au profit d'un groupe d'hommes d'affaires qui cherchaient avant tout à conclure une affaire sans se préoccuper du but médical, le Tribunal de la Seine l'annula comme contraire à l'*ordre public*.

— Ch. Civ. 4 déc. 1929, DH. 1930, p. 50, Gaz. Pal. 1930-1-74.

La Cour de Paris, dans un arrêt du 15 mai 1922 (S. 1926-2-57, avec note de M. le Professeur E. H. Perreau) a posé le principe que la clientèle d'un médecin, reposant uniquement sur la confiance des malades, ne peut faire l'objet d'un *contrat* et que la nullité des conventions intervenues au mépris de ce principe est absolue. (C. Civ. art. 1128). En l'espèce, il s'agissait d'une convention intervenue entre deux médecins, l'un déjà âgé, le Dr. W..., qui s'était associé un confrère plus jeune, le Dr. B..., afin d'exploiter en commun la clientèle. B... avait fait apport d'une certaine somme d'argent ; les malades à visiter chaque jour devaient être répartis par moitié entre eux « sans aucune distinction de qualité de client » et le net produit des honoraires partagé. La Cour de Paris a annulé cette convention par application de la théorie de l'objet hors du commerce (art. 1128 C. Civ.) relevant que W... ne s'était nullement engagé à présenter B... à sa clientèle, que les parties ont réglé leur *collaboration sans se préoccuper* si un semblable partage pouvait être agréé par la clientèle.

M. le Professeur Perreau, se plaçant sur le terrain du libre choix du médecin par le malade, se félicite

de la reconnaissance de ce principe par la Jurisprudence à l'heure où il est inscrit dans nos lois sociales (L. 9 avril 1898, art. 4 — L. 31 mars 1919, art. 64 — D. Loi des 28-31 octobre 1935, art. 6, paragraphe 2, art. 9, paragraphe premier *in fine*).

Dans notre matière, nous pouvons nous féliciter de voir la Jurisprudence frapper la clandestinité des conventions médicales sur la clientèle. L'assentiment des malades dans cette convention entre les Drs W... et B... ne pouvait même pas se présumer. Ces praticiens désiraient pratiquement la leur imposer. Cette désinvolture et cet oubli des principes professionnels n'ont pas été acceptés par les juges. Que dire alors de la dichotomie, s'analysant en une convention clandestine entre médecin traitant et chirurgien spécialiste ? En supposant les conditions les moins répréhensibles : opération ou consultation nécessaire, service effectivement rendu par le médecin traitant par participation ou assistance, honoraires globaux mais non exagérés, le vice de clandestinité demeure et le contrat doit s'effondrer.

Mais si nous supposons la dichotomie couramment pratiquée, entrée dans les usages de certaines régions et de certains syndicats, le contrat porte directement sur la clientèle. Le médecin traitant cède sa clientèle chirurgicale au chirurgien le plus offrant. Jamais, pouvons-nous affirmer, la Jurisprudence n'entérinera de tels contrats ayant pour objet non plus seulement la clientèle en général, la collectivité, la somme de clients-individus mais directement tel malade. Si elle décide que la clientèle médicale ne peut faire l'objet d'un contrat, à fortiori et implicitement, elle s'oppose à toute convention sur le client à son insu.

Il ne manque donc pas de moyens à la Jurisprudence pour raser ces édifications contraires au droit et à la morale. La Cour de Paris a fait une judicieuse application de l'illicéité de l'objet. A vrai dire, ce moyen suffisait à lui seul à faire tomber toute convention de dichotomie, puisque ce genre de convention porte toujours et nécessairement sur un client ou une clientèle (cas de la « Coopérative » ophtalmologique de Namur). Par cette théorie de l'illicéité de l'objet, la Jurisprudence atteindra avec efficacité les conventions dans le genre de celles de Namur et qui sont moins rares qu'on ne pourrait le croire. Les circulaires adressées par des maisons de repos, par des entreprises de transport de malades, par des maisons de santé pour aliénés riches fourniront aux juges le texte de la convention suivie par les parties et leur permettront peut-être de démasquer la véritable intention de lucre sous le couvert d'une instance apparemment décente et normale.

Dans une instance comme celle de Bruxelles en 1931, où le chirurgien et le spécialiste viennent réclamer les honoraires de leur rabatteur, l'objet illicite est encore utile, le juge pouvant rechercher la véritable cause des honoraires aux yeux et dans l'intention des parties, et qui n'est autre que la fourniture du malade au chirurgien. Mais déjà la cause de la demande d'honoraires est immorale au regard du client puisqu'il a honoré son médecin traitant sur état séparé et qu'il ne saurait y avoir rémunération pour soins non donnés ou services inexistantes.

La théorie de la cause illicite est commode, car elle permet à la jurisprudence d'atteindre tous les cas et d'assurer la protection des malades. La Chambre Ci-

vile de la Cour de Cassation (Civ. 4 décembre 1929, S 1931-1-49, avec note de M. Esmein), nous dit « que la cause est illicite quand elle est contraire à l'ordre public sans qu'il soit nécessaire qu'elle soit prohibée par la Loi ». Et M. Esmein ajoute que cette doctrine, en accord avec le texte de l'article 1133, s'impose si l'on veut que les Tribunaux assurent la protection d'intérêts fondamentaux de la collectivité à laquelle le législateur a négligé de pourvoir de façon complète. Le Code, dans les articles 1131 et 1133, a voulu annuler l'obligation à objet illicite et à cause illicite (sic Esmein dans *Traité Pratique de Droit Civil* Planiol et Ripert, T. VI, n° 255).

Nous pouvons relever dans les motifs de certains jugements des appréciations peu flatteuses sur la dichotomie et qui ne laissent aucun doute sur le résultat de procédures si celles-ci venaient à être engagées :

« Que l'on peut sans crainte d'erreur affirmer que ces cliniques qui font une réclame éhontée comme celle du Dr L..., où l'on pratique aussi la dichotomie, qui n'est en somme qu'une commission donnée au médecin rabatteur, sont un danger pour la société (Trib. Correctionnel de la Seine, 10 janvier 1920, *Gaz. Pal.*, 21 mars 1920 motifs).

Et surtout les longs et pénétrants motifs du président Goizet dans un jugement du Tribunal de Périgueux du 23 juin 1928 rapporté au Sirey 1928-2-155. Le président Goizet « fait le point » de la question, constatant qu'avant la guerre existait un *modus vivendi* en matière d'honoraires donnant satisfaction à tout le monde, mais, que depuis la guerre, les conditions économiques ont jeté le désarroi dans ce bel état de choses.

« Certains opérateurs sont allés jusqu'à abandonner le tiers et parfois la moitié de leurs honoraires au confrère qui leur adressait le malade à opérer, de sorte que dans certaines opérations, le médecin ordinaire du malade recevait parfois plusieurs billets de mille francs pour le seul fait d'avoir adressé son client à un chirurgien. Cette pratique ne relève que du mépris public, d'autant plus qu'en fait, le chirurgien est amené ainsi à prendre des honoraires scandaleusement exagérés pour rémunérer son confrère et parfois aussi, à faire des opérations inutiles et dangereuses pour ne pas contrarier son correspondant. »

Même souci de la santé publique et même connaissance des méfaits de la dichotomie que ses collègues belges (voir également conclusions du Procureur général Legris sous arrêt de Paris, 15 mai 1922, Gaz. Pal. 1922-2-33).

Bien plus, il est à présumer que si des médecins et des chirurgiens appartenant à un même syndicat ayant codifié la dichotomie en attribuant par exemple le cinquième des honoraires de l'opérateur au médecin qui s'est borné à envoyer le client, agissaient en justice pour faire exécuter les accords syndicaux, les Tribunaux ne ratifieraient certainement pas de tels accords. La Cour de Colmar (2^e Chambre civile, 30 novembre 1928, Revue juridique d'Alsace et de Lorraine, année 1927, page 261 et suivantes) eut à statuer sur la décision prise par l'Assemblée générale d'un Syndicat médical alsacien qui imposait à plusieurs de ses adhérents un partage d'honoraires entre tous les syndiqués par la constitution d'un fonds de compensation qu'alimenteraient, aux dépens des uns et aux profits des autres, certains prélèvements sur les

honoraires médicaux des caisses de malades de manière à faire bénéficier d'un complément de rétribution des confrères moins favorisés par la clientèle. Nous relevons un des motifs de cet arrêt important au point de vue syndical :

« Attendu, dit la Cour, que la création d'un fonds de compensation et la répartition par le syndicat, non qualifié pour cela, de ce fonds entre tous les membres de l'association, non seulement conduit à ce résultat, regrettable à plus d'un titre, d'attribuer des honoraires à certains médecins *pour des soins qu'ils n'ont pas donnés*, mais encore tendrait à modifier la nature même d'un syndicat professionnel et à le transformer en une *association en participation*.

Attendu que la clientèle d'un médecin et les honoraires qu'il en reçoit, non plus que le monopole que constitue en quelque sorte l'exercice de la profession médicale ne sont pas dans le commerce et ne peuvent pas plus être l'objet d'une *association en participation* que l'objet d'une vente »...

Cet arrêt nous conduit aux enseignements suivants :

— Un médecin ne saurait venir au partage d'honoraires que s'ils ont été gagnés par une prestation réelle de services.

— Ce partage ne saurait être réalisé sous la forme d'une association en participation, c'est-à-dire occulte, clandestine. La Cour se refuse catégoriquement, et à deux reprises, à la clandestinité dans la répartition des honoraires. Elle en prévoit nettement le péril.

Si la Jurisprudence a pu estimer que l'exercice de la profession médicale n'est pas incompatible avec le lien de subordination qui naît du louage de service (Cours de Paris, 30 mars 1926, Gaz. Pal. 1926-2-102),

elle ne saurait accepter l'engagement par un établissement de bains d'un médecin devant recevoir outre une rémunération fixe, tant pour cent sur le prix des bains et douches qu'il ordonnera (Trib. Pontoise, mai 1899, Concours Médical 1899, p. 592).

De tout ce qui précède, il résulte que la Jurisprudence des Cours et Tribunaux s'emploie toujours à maintenir le médecin dans le cadre de sa profession. Elle est résolument hostile à toute immixtion de méthodes commerciales dans cet art libéral et ne se laisse pas convaincre par des décisions ou des argumentations spécieuses de syndicat. Le juge, en cette matière plus qu'en tout autre, nous apparaît protecteur de l'ordre public et des bonnes mœurs en tant que ces deux concepts garantissent la santé publique.

TROISIEME PARTIE

LES REMEDES POSSIBLES

Il nous reste à examiner au cours d'une troisième partie, les remèdes qui ont été proposés contre la Dichotomie et à marquer, pour chacun d'eux, son efficacité pratique.

Ils sont nombreux ; nous les rattacherons à trois idées : les remèdes d'ordre individuel (Chap. I), les remèdes d'ordre professionnel (Chap. II), les remèdes en dehors de la profession (Chap. III).

CHAPITRE PREMIER

LES REMEDES D'ORDRE INDIVIDUEL

Beaucoup de médecins ont dit ou ont écrit avec une logique implacable : la dichotomie ne peut s'exercer qu'avec l'aide et par le canal du chirurgien ou du spécialiste. Les chirurgiens qui s'en plaignent, soit pour des raisons d'ordre moral ou professionnel, soit pour des raisons pécuniaires (il a pu arriver que certains chirurgiens au début se sont laissés prendre par les médecins et ont dû partager de justes honoraires avec eux), *n'ont qu'à ne pas partager* ; s'ils refusaient systématiquement, les médecins seraient bien forcés de s'incliner.

Ou encore ce chirurgien qui proposait la publicité suivante : l'opérateur qui se verrait demander la dichotomie par le médecin traitant devrait faire connaître au client l'attitude de son médecin. Et il citait à l'appui de sa proposition l'exemple suivant : un groupe de médecins eut l'idée d'exploiter une eau minérale et ils achetèrent la source H... Les bénéfices de cette exploitation constituaient une caisse de retraite pour les participants qui s'engageaient à prescrire cette eau. Le syndicat des eaux minérales s'est défendu et a coulé la société d'une façon bien simple. Quand le client achetait une bouteille de cette eau, le pharmacien l'enveloppait dans un papier où il était montré

que le médecin avait part aux bénéfices. En moins d'une année, la Société était liquidée parce que le médecin n'osait plus prescrire cette eau.

On ne peut qu'applaudir à ces bonnes résolutions, mais c'est là tout leur effet : susciter l'admiration, réelle des médecins honnêtes, narquoise des dichotomistes. Un chirurgien qui se déciderait actuellement à refuser catégoriquement la part escomptée du médecin traitant se verrait d'abord injurier (ce n'est pas grave), puis abandonner (c'est plus grave). Il perdrait certainement et irrévocablement la clientèle du médecin, qui irait porter ses malades à un autre chirurgien plus facile. Son sacrifice n'aurait servi à rien au point de vue général, il lui coûterait fort cher du point de vue individuel. Tel professeur, parce que membre de la Ligue médicale contre la dichotomie, a vu disparaître toute sa clientèle médicale et s'est causé ainsi une importante diminution de revenus. Etant donné qu'il y a un grand nombre de chirurgiens et notamment de jeunes, qui, au début de leur carrière, ont un besoin réel d'argent et souvent femme et enfants à nourrir, les médecins ont la partie belle : ils sont maîtres de leurs clients et assureront cet apport moyennant une ristourne fixée par eux. Les opérateurs plus anciens, pour se défendre, sont obligés d'en faire autant.

Les chirurgiens, dit-on, devraient s'entendre syndicalement et dénoncer au malade l'exécution de la dichotomie pratiquée à ses dépens. Outre qu'il est difficile de concevoir cette sanction appliquée d'une façon générale entre gens d'une même famille intellectuelle, il est à prévoir que l'unanimité ne se ferait pas chez les chirurgiens. Peut-être dans un avenir plus ou moins lointain, sous l'effet de l'appauvrissement con-

tinu des clients, de la rareté du client libre et riche, les médecins seront-ils obligés de s'incliner devant une force incoercible : la disparition des gros honoraires. Le temps des vaches grasses semble terminé. Si vers 1928-1930, certains clients ont pu payer jusqu'à 80.000 francs pour une appendicectomie, il n'en existe plus aujourd'hui. La clientèle libre diminue peu à peu, non seulement pour les salariés grâce aux lois sociales, mais même pour les non-salariés, pour les petits rentiers, grâce aux assurances mutuelles — chirurgicales et même médicales. D'une part les occasions de partage se font moins nombreuses; d'autre part, lorsqu'elles se présentent, la masse partageable est moins large. Les lois naturelles ont joué contre l'exagération.

Nous sommes actuellement dans une période transitoire, car nous verrons (cf infra) que les Mutuelles chirurgicales sont récentes, assez peu connues et que leurs effets sont limités soit par des conditions d'admission relatives à l'âge des assurés, soit par l'exclusion de la garantie de certains actes opératoires (petites opérations au-dessous de 300 francs, prostatectomie).

Le problème conserve donc une grande part de son acuité. Pour le résoudre, les seules forces de l'individu sont impuissantes. Son attitude commandera le respect, il pourra essayer de tenir un, deux ans et, en fin de compte, il sera obligé pour ne pas mourir de faim, lui et sa famille, de se soumettre aux exigences des « trusts régionaux ». L'avertissement donné au Public ne peut provenir de tel chirurgien ou spécialiste déterminé, la formule d'une ligue est dans cette éventualité beaucoup plus appropriée. La Ligue médicale

contre la Dichotomie a commencé dans le corps médical à affirmer la conviction de ses membres dans la dignité, l'honneur et la probité de la profession. Le public ne formera pas de ligue ouverte : il préfère employer les moyens détournés en se substituant une Caisse mutuelle, ou s'il est plus individualiste, à aller, lorsqu'il le peut, faire confirmer par un chirurgien d'un autre endroit le diagnostic posé par son médecin dont il se méfie.

Aussi, nous semblerait-il préférable que l'action individuelle se manifeste sous une forme et à un moment où elle peut avoir la plus grande influence : nous voulons parler de *l'attitude et de l'enseignement* des chefs de service, des « patrons ». Ils jouissent incontestablement d'une grosse autorité auprès des étudiants qui se rappelleront, dans le cours de leur profession, tel ou tel incident qui provoqua la colère du patron. Le Gendre ⁽¹⁾, ce maître incomparable, a écrit : « Les chefs de service doivent saisir toutes les occasions de rattacher à l'enseignement clinique journalier, des exemples vécus de difficultés professionnelles d'ordre moral, d'en indiquer les solutions traditionnelles et honorables, de mettre sans cesse en évidence le rôle moral et social du médecin. » Le Dr. Bosc ⁽²⁾ recommandait également l'action individuelle des médecins et chirurgiens des hôpitaux, des chefs de clinique.

Ce dernier remède présente l'avantage sur le précédent d'agir préventivement et d'enlever aux futurs

(1) *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*, oct. 1933, p. 685.

(2) *Gazette Médicale de France*, 15 juillet 1930. Voir également C.N.E.S.P., séance du 7 janvier 1929.

praticiens la série de justifications faciles qu'ils pourraient être tentés de se donner ou d'écouter d'une oreille attentive. Néanmoins à un mal qui affecte la profession elle-même et qui y a pris de solides racines, il convient d'opposer un remède de même nature : l'organisation de la profession peut-elle réduire ou faire disparaître la dichotomie ? C'est ce que nous allons étudier dans un deuxième chapitre.

CHAPITRE II

LES REMEDES D'ORDRE PROFESSIONNEL

Les médecins ont souffert au XIX^e siècle de la réglementation toute individualiste de leur profession par la Loi du 19 ventôse an XI. Les praticiens de province en particulier, ressentirent les amers effets de l'isolement. Et, tout naturellement, l'idée de créer des Associations va se développer : elle se réalisa d'abord à Paris, où, en 1833, Orfila créa l'Association des Médecins de la Seine. Puis certaines associations locales apparurent, et, en 1857, fut fondée l'Association des Médecins de France. Ce début d'organisation était encore bien insuffisant puisque ces associations se voyaient refuser le droit d'ester en justice comme dépourvues de la personnalité civile (Aix, 13 mars 1861. D. P. 1861-2-207). Pour que l'action fut recevable, il fallait que les médecins agissent en leur nom personnel et non point comme corporation représentée par un syndic (Lyon, 23 juin 1859. D.P. 1860-2-77).

Les médecins accueillirent avec joie la loi organique du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels et il se constitua en plusieurs endroits des syndicats médicaux qui ne tardèrent pas à passer à l'action. La Cour de Cassation, dans un arrêt-principe du 27 juin 1885 (D.P. 1886-1-137) rappelant les termes limitatifs de la loi déniait aux médecins un intérêt industriel, com-

mercial ou agricole à se syndiquer et leur refusait l'action syndicale en justice.

SECTION I

Les Syndicats

Il fallut attendre la *loi du 30 novembre 1892* qui, enfin, dans son article 13, étendait les dispositions de la *Loi du 21 mars 1884* aux médecins.

Art. 13 : « A partir de l'application de la présente *Loi*, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la *Loi du 21 mars 1884*, pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes. »

On en reste là malgré le contre-projet du Sénateur Halgan ⁽¹⁾, qui souhaitait l'adjonction au syndicat de conseils disciplinaires. M. Cornil, rapporteur de la loi, combattit le contre-projet en opposant les différences d'exercice de la profession d'avocat et de la profession de médecin et l'efficacité des sanctions pour chacune d'elles. Le Sénat, consulté, refusa de prendre en considération la proposition Halgan.

Avec la *Loi du 30 novembre 1892* accédaient à la vie juridique tous les syndicats antérieurs (le premier datait du 16 mai 1881, constitué en Vendée par trente-huit praticiens sous l'impulsion du Dr Mignen). En 1883, il y en avait 48 et se constituait le premier grou-

(1) *J. O.*, Sénat, déb. parl., séance du 1^{er} avril 1892, n^o 96.

pement national : « L'Union des Syndicats Médicaux de France ». La Confédération des Syndicats Médicaux français, qui lui a succédé en 1929, a été formée par la fusion de l'Union et de la Fédération créée deux ans auparavant à la suite d'une division des syndicats sur une question de doctrine ⁽²⁾. Elle groupe actuellement la grosse majorité du corps médical français (20.000 sur 27.00).

Cette organisation répondait à un besoin et la loi de 1892, en venant le consacrer, acquérait par là-même un caractère de stabilité et d'autorité réelle. Le syndicalisme est né de la nécessité d'améliorer le sort du médecin et de le libérer d'éléments auxquels il était obligé de s'inféoder pour végéter chichement.

Le *but* des syndicats médicaux est déterminé par la loi et par leurs statuts : avant tout il consiste dans *la défense des intérêts professionnels* (art. 13, loi 30 novembre 1892, art. 3, loi 21 mars 1884). Depuis la loi du 12 mars 1920 ils peuvent collaborer à des œuvres de prévoyance ou de solidarité sociale. Écoutez toujours le Docteur Dibos : « Le Syndicalisme médical a pour but la défense des intérêts moraux et matériels des médecins et de la profession elle-même. Tout dernièrement il s'en est assigné un nouveau : faciliter la vie matérielle des syndiqués en leur procurant le bien-être dans le présent, et, dans l'avenir, la sécurité de leurs vieux jours ».

Ces avantages matériels sont la Mutuelle Confédérale d'Assurances, l'Assurance groupe-décès-vieil-

(2) Ces renseignements ont été donnés par le Docteur DIBOS, ancien Président de la Confédération, aux cours de conférences faites aux Étudiants (mai et juin 1936).

lesse, les Offices (automobile, coopératif d'achat, de cession de clientèle, de remplacements...).

Le champ d'action des syndicats médicaux c'est la défense des intérêts professionnels considérés du point de vue économique. L'exemple type de l'action réservée aux syndicats des médecins est la lutte contre les guérisseurs (voir développements dans J. Bonnecase : « Le Droit disciplinaire dans la profession médicale », Sirey, 1930, chap. III).

Le droit syndical, c'est-à-dire le droit corporatif, mais subordonné à l'Etat, a pris un essor considérable. Il n'a pas limité son action au seul terrain économique. Elle est apparue en matière politique, religieuse. Le syndicat des médecins peut être amené à connaître, sinon à réclamer ces extensions. Cette défense corporative est incompatible par essence avec le droit disciplinaire.

Malgré cette inaptitude congénitale à appliquer un droit disciplinaire, les Syndicats et la Confédération ont élaboré des Codes de Déontologie. En prenant comme exemple le Code confédéral en 52 articles, nous y trouvons tracés les devoirs généraux du médecin (il doit être l'honnête homme par excellence, s'abstenir de publicité incorrecte, de charlatanisme, de rabattage, de compérage), les devoirs des médecins envers les malades (prescriptions d'humanité, secret professionnel), les devoirs des médecins concernant les collectivités, les devoirs de confraternité, enfin les honoraires avec l'article final 52 ainsi libellé : « Tout manquement aux prescriptions du Règlement de Déontologie relève de la juridiction professionnelle ».

Les syndicats départementaux, dans leurs statuts,

n'ont pas omis, à côté de la défense des intérêts corporatifs, de faire allusion aux règles déontologiques de dignité, de moralité et d'honnêteté professionnelle. Et, dès le début du XX^e siècle, ils ont créé une juridiction professionnelle sous le nom de « CONSEIL DE FAMILLE », avec des sanctions disciplinaires. Ces Conseils de famille sont proprement syndicaux, et actuellement ils sont nettement distincts du Conseil de famille syndical dit « des Assurances Sociales », dont nous avons vu le rôle spécial. La composition du Conseil de famille proprement syndical est à peu près identique dans tous les syndicats : le Bureau en exercice, des délégués envoyés par les sections locales proportionnellement à leur nombre, éventuellement les anciens Présidents. C'est un mécanisme essentiellement souple et où l'esprit de conciliation se manifeste à tout instant.

Le Conseil de famille, lorsque le manquement à la discipline syndicale est particulièrement grave, peut déférer l'affaire à l'Assemblée générale.

Les sanctions sont diverses : Avertissement, blâme, amende, exclusion.

Malheureusement la discipline syndicale avec son Conseil de famille est totalement étrangère et inefficace vis-à-vis de la Dichotomie et de ses dérivés. Cette discipline syndicale est en effet à base dicéologique malgré les codes ou règlements déontologiques. Il suffit d'examiner les cas d'intervention des Conseils de famille : ce sont toujours des litiges entre médecins qui manquent à la confraternité ou vis-à-vis d'un médecin qui n'observe pas la solidarité syndicale à l'égard d'une collectivité, en lui consentant un tarif moindre que le tarif proposé par le syndicat. Jamais aucun Con-

seil de famille n'a eu à statuer sur une contestation d'honoraires entre un médecin et son client. D'ailleurs le public ne connaît pas l'existence de ces juridictions privées. Il a pu arriver que le syndicat élargissant son rôle se préoccupe des devoirs généraux du médecin et prononce des exclusions en raison par exemple d'une publicité nominative, mais le fait est rare et parfois l'Assemblée peut agir par esprit de jalousie (cas du procès Bonnefond rapporté par M. Bonnecase, *op. cit.*)

Bien plus, il est difficilement concevable que le syndicat qui parfois peut avoir admis la dichotomie, puisse se saisir de ce genre clandestin de faute déontologique. La révélation ne serait possible que par aveu ou par dénonciation de la part des chirurgiens. Or certains ne peuvent subsister sans elle.

Enfin le syndicat étant libre, ses recommandations, ses sanctions ne s'appliquent pas aux « jaunes » (le tiers environ). Et même vis-à-vis de ses membres, son pouvoir disciplinaire est bien aléatoire. Le membre qui sent venir la menace démissionnera du syndicat, il précédera la citation devant le Conseil de famille. S'il a été cité antérieurement à sa démission, alors la sanction peut produire ses effets car le syndicat peut le poursuivre en justice pour exécution de la sanction (Ch. Civ., 17 novembre 1926, D., 1927, I, 33, note Pic) ou pour réparation sous forme de dommages-intérêts (Grenoble, 6 mai 1902, D. 1903, II, 31). Hâtons-nous d'ajouter que le pouvoir judiciaire n'acceptera les recours qu'aux cas de défense des seuls intérêts professionnels (Civ., 17 novembre 1926 précité). La loi organique de 1884 et la loi de 1920 ont créé les syndicats pour défendre les intérêts et les droits de la

profession. La moralisation de la profession ne saurait être réalisée par voie syndicale.

La meilleure preuve de cette impuissance, c'est que la Confédération des Syndicats Médicaux elle-même, qui jouit pourtant d'une grosse autorité morale auprès des syndicats départementaux, a annoncé la constitution d'un dossier complet sur le charlatanisme médical et son intention de faire voter une loi sévère réprimant ces tromperies manifestes et volontaires de la clientèle.

Le syndicat ne suffit pas à tout ; lorsqu'il se voit chargé de réprimer les abus professionnels en matière d'assurances sociales, c'est une loi qui précise les domaines de son action. Il perd alors son caractère puisque sa juridiction est générale et s'applique même aux non syndiqués. L'unité de la loi a permis ce rôle. Mais à l'intérieur des syndicats autonomes, dans le cadre confédéral, ne règne pas l'unité des règles déontologiques. Il faudrait pour cela un autre organisme qui par substance est destiné à maintenir la moralité professionnelle, nous voulons parler de l'Ordre des Médecins.

Est-ce à dire que le syndicat ait été inutile ? Non, certes. Il a eu le mérite de créer et de formuler la déontologie. Il s'emploie à faire respecter certaines de ses règles qui entrent proprement dans sa compétence « *ratione materiæ* ». Pour parfaire l'œuvre il nous semble nécessaire de lui adjoindre l'Ordre dont les attributions ne sauraient se confondre, avec celles du Syndicat et qui assurera la réalisation des règles déontologiques concernant la clientèle, le public en général.

SECTION II

L'ordre des médecins

Nos développements sur cette importante question qui a divisé le corps médical et provoqué encore très récemment des débats parlementaires ou professionnels seront assez complets. Nous essaierons après un historique de dégager la nature propre de l'ordre et les arguments pour et contre cette institution.

L'organisation professionnelle médicale s'est calquée sur les tendances politiques des régimes qu'elle a successivement traversés.

Ce fut la corporation qui apparut en premier lieu ⁽³⁾ : au moyen âge les médecins sentent le besoin de se grouper comme dans d'autres professions. Il se fait de bonne heure une scission entre les médecins et les chirurgiens. Les médecins se groupent en corps savants qui deviendront les Facultés. Elles conserveront sur leurs anciens étudiants le pouvoir disciplinaire et la direction scientifique.

Les chirurgiens furent d'abord rangés avec les barbiers de l'époque. On considérait leur travail comme un travail manuel. Mais devenue une profession savante, la chirurgie rivalisera avec la médecine dans des polémiques restées célèbres.

Organisées par le pouvoir central les corporations avaient de très larges attributions : contrôle de recrutement de la profession, maintien de la dignité profes-

(3) Voir PERREAU, *Eléments de Jurisprudence Médicale*, ch. X, p. 150.

sionnelle, défense du monopole professionnel. Autrement redoutables que les plus puissants syndicats, elles veillaient à la conservation des méthodes scientifiques traditionnelles et étaient hostiles à toute innovation.

Comme dans les autres branches du savoir, elles finirent par devenir impopulaires et la Révolution par la loi du 18 août 1792 les supprima. Au système de l'autorité imposée par le haut, succédait la liberté. Le changement total était difficile : les médecins espèrent conserver de la corporation la défense de leur monopole mais cet espoir est déçu par le refus de la Justice d'accepter leurs interventions collectives. C'est alors qu'apparaissent les deux tendances essentielles du monde médical : l'organisation officielle par l'Ordre et l'organisation privée par Associations libres.

Un projet de loi de la Monarchie de juillet en 1833 tendait déjà à une organisation disciplinaire avec chambres de discipline. Il ne fut jamais voté.

Un important Congrès Médical en 1845 organisé sous les auspices de M. de Salvandy, Ministre de l'Instruction Publique, adoptait les propositions des Docteurs Cerise et Forget : un collège médical par arrondissement, obligatoire avec Conseil Médical. Les attributions de ce Conseil ont trait à la fois aux droits et aux devoirs de la profession, il soutiendra les droits du corps médical et de ses membres, il maintiendra la dignité professionnelle. Jusqu'à l'avènement du mouvement syndicaliste, les Congrès et les auteurs réuniront ces deux buts. Voici d'ailleurs les propositions qui furent adoptées :

1° Un collège médical sera créé dans chaque

arrondissement et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement ;

2° Chaque Collège médical élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un Conseil Médical ;

3° Le Conseil aura pour mission, d'une part de soutenir les droits du corps médical et de ses membres, d'autre part de maintenir la dignité professionnelle ;

4° Le Conseil aura le pouvoir de prononcer suivant les circonstances qu'il appréciera, cinq ordres de peines disciplinaires :

a) L'admonition ;

b) La réprimande ;

c) La censure ;

d) La radiation temporaire du tableau du Collège ;

e) La radiation absolue qui sera également déterminée par les peines afflictives et infamantes pour les délits autres que les délits politiques.

5° Les Collèges médicaux seront chargés de signaler aux Procureurs du Roi les individus qui exercent illégalement la médecine et d'en presser la poursuite ;

6° Les Conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations qui intéressent le Corps médical ou l'un de ses membres ;

7° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical d'un arrondissement ne pourra être porté que devant le Conseil médical du chef-lieu du département ;

8° Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le Conseil médical du chef-lieu du département sera porté devant le Conseil de l'arrondissement le plus éloigné.

Nous avons tenu à reproduire in extenso le texte des propositions adoptées afin de montrer ce que devait être la création de ces Collèges et du Conseil en 1845 : à la fois Syndicat et Ordre. Le projet fut voté par la Chambre des Pairs en 1847 mais la Révolution de 1848 l'entraîna au moment où il était présenté à la Chambre des Députés ⁽⁴⁾.

Depuis cette époque le projet d'un Ordre des Médecins a été repris par beaucoup de praticiens : Docteur SURMAY en 1884 (Union Médicale du 15 mars 1884) ; Docteur MOUGEOT à la Société des Médecins de l'Aube, la même année ; Docteur DIGNAT à la Société de Médecine pratique de Paris (séance du 25 février 1892).

Lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la Médecine au Sénat, M. BUFFET développa des arguments en faveur d'un ordre des médecins, s'inspirant de l'organisation des avocats. Il concluait en ces termes « cette organisation donnerait à la fois satisfaction au corps médical, et au public, de sérieuses garanties » (*J. O., Déb. Parl., 1892, Sénat, p. 363*).

Il semblerait qu'après la création légale des syndicats les vœux se bornent à l'institution d'un Ordre protecteur des intérêts du public, gardien de la dignité professionnelle, le syndicat suffisant à la défense professionnelle. Du Congrès International de Médecine professionnelle et de Déontologie Médicale en 1900 ⁽⁵⁾, il résulte que les rapporteurs Couvreur (p. 551), La-

(4) Notons que le Congrès de 1845 avait à l'unanimité adopté cette proposition sur le compérage médical : « toute association entre un médecin, chirurgien, officier de santé et un pharmacien est interdite sous les peines prescrites par la loi ».

(5) Compte rendu de la Première Session, par Jules GLOVER, pp. 549-619.

salle (art. 5, 2° de son projet sur l'institution de Chambres médicales, p. 562), Dignat (p. 566), préconisent un Ordre ou des Chambres médicales capables à la fois de défendre les intérêts et la moralité de la profession. Il est vrai qu'à cette époque les syndicats n'avaient que huit années d'existence légales. Ce ne fut que plus tard et peu à peu que les pouvoirs publics arriveront à les reconnaître comme les représentants des intérêts de la profession. Après les rapports des Docteurs Couvreur, Brunon, Lasalle, Dignat, le Congrès de Déontologie médicale émit le vœu « qu'il soit procédé à la rédaction d'un Code de Déontologie médicale internationale », puis pour sanctionner cette mesure « à la création de Chambres médicales ou d'Ordres de médecins dans toute agglomération médicale (p. 617-618) ».

Il faut attendre l'après guerre pour ranimer la discussion du problème et même un essai de solution législatif. En 1919, paraît la thèse de Droit du Docteur Paul Boudin sur le Syndicalisme Médical, hostile au projet d'un Ordre. D'autres thèses (Hélot en 1921, Graven en 1925 et surtout Docteur Maurice Guérin, en 1931) montrent la nécessité, directement ou accessoirement, de la création d'un Ordre.

Le 15 mai 1923, une proposition de loi Vallat était déposée à la Chambre des députés en faveur d'un ordre, à la suite de certains scandales. L'avènement de la Législation sur les Assurances sociales provoque études et discussions sur la question dans les sociétés savantes médicales ou juridiques :

A l'Académie de Médecine les 9 avril, 1^{er} octobre, 29 octobre et 3 novembre 1929 (6) ;

(6) *Bulletin de l'Académie de Médecine.*

A la Société générale des Prisons et de législation criminelle les 24 juin, 14 octobre 1929, 10 février 1930 (7) ;

A la Société d'Etudes Législatives en 1930 (8).

De toutes parts l'assaut était donné : la Fédération des Syndicats médicaux puis la Confédération avaient voté des résolutions favorables à l'Ordre. Le Parlement fut saisi à nouveau, et par plusieurs députés, de propositions successives. C'est M. Ernest Couteaux, le 7 mars 1928 qui dépose une proposition de loi concernant l'institution d'un ordre des médecins et la création de Chambres Médicales départementales et régionales (9). C'est encore M. Xavier Vallat avec d'autres collègues qui, le 28 novembre 1928, dépose une proposition de loi relative à l'institution d'un Ordre des Médecins (10). M. Lefebvre reprend la proposition Couteaux le 28 décembre 1929 (11).

En 1932 commençait à la Chambre des députés la discussion de la proposition Vallat du 28 novembre 1928 et le 9 décembre 1932 la Chambre adoptait une proposition de loi ayant pour but de modifier et compléter la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'exercice de la Médecine. Le Sénat le 14 février 1935 finissait de voter le texte de la Chambre, mais avec des modifications. Le texte Sénatorial renvoyé devant la Commission d'hygiène de la Chambre des députés a été rejeté par celle-ci au mois de juin 1936 et retiré de

(7) *Bulletin de la Société Générale des Prisons et de Législation Criminelle et Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal.*

(8) *Bulletin de la S. E. L.*

(9) *J. O. Doc. Parl. Chambre*, sess. ord. 1928, annexe 5762, p. 939 (1^{re} séance du 7 mars 1928).

(10) *J. O. Doc. Parl. Chambre*, sess. extraordinaire 1928, annexe 819, p. 182 (2^e séance du 28 novembre 1928).

(11) *J. O. Doc. Parl. Chambre*, 2^e session extraordinaire 1929, annexe 2704, p. 598 (1^{re} séance du 28 décembre 1929).

son ordre du jour. L'ordre n'est pas enterré. Il sommeille et il suffirait de peu de choses à notre sentiment pour que la Chambre soit ressaisie et vote le texte du Sénat.

Pour sévir contre les actes répréhensibles qui ne relèvent pas du Code Pénal, mais simplement du domaine déontologique, il est nécessaire de posséder une juridiction disciplinaire obligatoire pour tous ⁽¹²⁾. Elle complète heureusement la répression pénale qui ne peut prévoir toutes les infractions et comme le dit M. le Professeur Bonnet (13) « de même qu'on ne peut faire de la musique avec une seule note on ne saurait régler tous les rapports des individus appartenant à des groupes différents et ayant des obligations spéciales avec un seul Code ». M. le Professeur Balthazar, ancien président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français et membre de l'Académie de Médecine, intervenait à la séance commune de la Société Générale des Prisons et de Législation criminelle, les 24 juin et 14 octobre 1929 ⁽¹⁴⁾ et déclarait que « la grosse question qui se posait en médecine était celle de la répartition des honoraires qu'on a appelée dichotomie. Quand on aura épuré la médecine française de ce partage des honoraires fait à l'insu des malades, je crois, disait-il, que nous aurons complètement moralisé la profession et tout le reste s'ensuivra ».

L'ordre représentant de l'intérêt des malade, spécialisé pour rappeler et au besoin faire respecter les devoirs, paraît être particulièrement propre à enrayer la dichotomie. Mais dira-t-on, un ordre se trouvera en

(12) Voir rapport LIOUVILLE, S. E. L., séance du 23 mai 1930, p. 210.

(13) Le droit disciplinaire dans la profession médicale, *Sirey*, 1930.

(14) Voir *Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*.

face des mêmes difficultés où aurait pu se trouver un Conseil de famille syndical en supposant qu'il y ait eu des Conseils de famille prévoyant la répression de la dichotomie : celle-ci est de son essence clandestine. Il sera difficile, pour ne pas dire impossible, au Conseil de l'Ordre de constater et de flétrir cette pratique. Indiquons que le Conseil peut se saisir, soit d'office, soit sur plainte. Le seul fait de la possibilité d'être dénoncé empêcherait le médecin qui réclame ou le chirurgien qui offre, de continuer leur entente lucrative. L'obligation inscrite dans le Code de Déontologie de présenter deux notes séparées ou une note commune avec indication de parts portée à la connaissance du public au moyen d'affiches dans chaque Cabinet médical serait suffisant pour lui permettre d'exercer son droit de contrôle et de légitime discussion. Il serait facile aux membres du Conseil de l'Ordre de se rendre compte de la réalité de cet affichage par une visite domiciliaire. Le jeune candidat au stage de l'Ordre des Avocats voit bien de son côté les locaux qu'il occupe, visités par un membre du Conseil de l'Ordre qui fera rapport au Conseil sur le point de savoir s'ils présentent les caractères d'un Cabinet d'avocat.

Et même en admettant que le Conseil de l'Ordre ne statue que rarement sur la dichotomie clandestine, les seuls cas qu'il aura pu relever publiquement permettront de rappeler aux médecins dénués de scrupules toute l'ignominie de certaines manœuvres. Il agira toujours avec une autorité incomparablement plus grande que le Conseil de famille d'un syndicat, car il possède un pouvoir juridictionnel d'origine légale (15). Et le public y trouvera son compte.

(15) Voir en appendice le texte de la loi votée par le Sénat, le 14 février 1935.

L'Ordre permettra de lutter contre la dichotomie, contre ses dérivés et aussi contre le charlatanisme légal, c'est-à-dire l'ensemble des manœuvres destinées à tromper le public par publicité, affiches, circulaires ou tous autres moyens dont le caractère de tromperie peut être établi (Professeur Verger).

A côté de cet avantage n'entraîne-t-il pas de sérieux inconvénients qui troubleraient gravement ou compromettraient l'exercice de la médecine ? Il existe des arguments généraux et classiques contre le principe même de l'Ordre. Ils ont été exposés déjà en 1900 par le Docteur Dignat au Congrès International de Déontologie. Il existe aussi et surtout des critiques spéciales et récentes qui ont apparu au moment des travaux parlementaires et du vote de la proposition Vallat. Nous examinerons successivement ces deux courants en essayant d'apprécier les opinions qui s'en dégagent.

On a dit d'abord que l'institution de l'Ordre était antidémocratique. Cette idée a été reprise par le Docteur Paul Boudin dans sa thèse ⁽¹⁶⁾. Il voit dans l'Ordre une tendance à la fonctionnarisation en plaçant les médecins sous une dépendance administrative et politique.

Si l'on prend la peine pourtant d'étudier le recrutement des Conseils d'Ordre ou des Chambres locales c'est toujours l'élection au suffrage universel qui est à la base. Plus spécialement, l'article 39 de la proposition Vallat votée par la Chambre et le Sénat et qui constitue le texte en attente prévoit que « les mem-

(16) *Syndicalisme médical*, 1919.

bres du Conseil et le Président de l'Ordre en premier lieu, et par scrutin séparé, seront élus à la majorité par l'Assemblée générale des médecins inscrits au tableau depuis trois ans au moins ». Il est à présumer que les médecins sauront faire un choix judicieux : jusqu'à présent ils l'ont prouvé dans leurs syndicats et à la Confédération où le bureau allie la distinction à la compétence et à la respectabilité.

On a prétendu encore que les membres du Conseil de l'Ordre apparaîtraient comme un nouveau corps dans la Médecine à la façon des corps académiques, du corps enseignant, du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Les membres du Conseil de l'Ordre sont des élus de leurs pairs, leur mandat n'est que temporaire et gratuit (art. 41, al. 6). Vis-à-vis de la clientèle l'occupation de telles fonctions est sans effet. Le public s'attache aux titres scientifiques, il ne sait pas qui est membre du Conseil.

Un troisième argument qui a quelque connexité avec le précédent est que le Conseil ferait peser son action sur les faibles, qu'il risquerait d'enlever à la Médecine son caractère de profession libérale et constituerait un instrument de persécution du point de vue moral (Docteur Al. Pousson dans *Concours Médical*, 1^{er} avril 1934).

Issu du suffrage universel et l'existence d'un Code de déontologie délimitant nettement son action, l'Ordre ne doit pas apparaître comme terrifiant. Les rapporteurs de la proposition de loi Vallat et en particulier le sénateur Gadaud ⁽¹⁷⁾ ont indiqué que le caractère du

(17) J. O. Doc. Parl., Sénat, Session ordinaire 1933, annexe 511, p. 1068, séance du 6 juillet 1933.

Conseil de discipline était « celui d'un Tribunal de prévention et d'arbitrage, d'un organe de redressement plutôt que d'un organe de répression ». Nous estimons en outre que c'est plutôt la création d'un Ordre avec sa juridiction disciplinaire qui permettrait à la profession médicale de conserver son caractère de profession libérale. Sans vouloir reprendre le mot d'allure paradoxale du doyen Larnaude « Les professions libérales sont les moins libres de toutes », il nous semble que la discipline professionnelle peut seule écarter l'approche de la fonctionnarisation. Loin de fonctionnariser comme le redoutait le Docteur Boudin, l'Ordre consacrerait l'indépendance de la profession et son autorité. Car si la loi a créée la juridiction syndicale en matière d'assurances sociales (lois du 30 avril 1930, D., 25 juillet 1930, D.-Lois du 30 octobre 1935 et R. A. P. 19 mars 1936), il ne s'agit là que d'un contrôle technique protecteur du patrimoine des Caisses. Il est à présumer que sans l'apparition des Mutuelles Chirurgicales, les pouvoirs publics se seraient émus des gros honoraires au cas d'opération. Il importe en effet à l'Etat que ses sujets ne soient pas à la merci de trop gros risques pécuniaires qui les mettraient par la suite à sa charge sous toutes les formes d'assistance : assistance médicale gratuite, assistance judiciaire, etc.

Il est à craindre, disent d'autres, que l'Ordre n'enlève toute indépendance *professionnelle* aux médecins et qu'il soit antiprogressiste (Docteur Pousson, loc. cit.). Que serait-il advenu de l'essor de la chirurgie si un ordre avait existé? La médecine eût certainement cherché à étouffer le génie de ses auteurs et à les frapper d'ostracisme. Rappelons-nous les polémiques suscitées au moment des découvertes de Pasteur, l'atti-

tude des associations vis-à-vis de leurs membres homéopathes.

Il convient ici de bien poser les termes du problème : l'Ordre a pour but spécialement de veiller au maintien chez tous ses membres des principes de probité et de dévouement ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels. Il n'a pas à s'occuper des méthodes thérapeutiques. Erreur aujourd'hui, vérité demain. Mais il jugerait la façon de les appliquer car l'observation des devoirs professionnels est alors en cause.

La méfiance et l'hostilité humaines envers ce qui modifie une habitude ne seraient pas accrues ni fortifiées par la présence d'un Ordre. Elles existaient, elles existeront encore. Peut-être dans la loi créatrice de l'Ordre faudrait-il, après description de l'objet de l'Ordre, marquer une limite négative en ce qui concerne les méthodes thérapeutiques. Cela empêcherait à tout jamais certains Ordres de glisser dans leurs règlements intérieurs quelques restrictions regrettables. En tout cas les déclarations des rapporteurs sont tout à faits rassurantes ⁽¹⁸⁾.

Enfin on a pris l'habitude d'opposer la profession de médecin à celle d'avocat et de conclure à l'inopportunité de l'Ordre chez les Médecins en raison des différences de nature et d'exercice de ces professions.

On peut répondre que le but à atteindre est le même et que la présence d'un nombre égal de médecins à celui des Conseillers à la Cour d'appel dans la juridiction d'appel réalise un équilibre particulièrement heureux. La compétence juridique des Conseillers s'unira fort bien à l'expérience des praticiens. (Art. 46, texte du Sénat, appendice).

(18) J. O., Déb. Parl. Sénat, séance du 25 janvier 1934, p. 82.

A la suite de ces arguments en quelque sorte classiques on a fait valoir certaines observations qui touchent plus particulièrement l'organisation de la profession médicale. On a dit notamment que l'Ordre à créer ne saurait se combiner avec l'existence des syndicats, qu'il résulterait de leur coexistence des conflits et des heurts et en fin de compte l'écrasement d'une organisation par l'autre ⁽¹⁹⁾.

Il nous semble que la loi elle-même a pris soin de marquer les limites respectives de leur activité. L'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892 assigne la défense des intérêts professionnels aux syndicats médicaux et renvoie à la loi du 21 mars 1884. La loi du 12 mars 1920 n'a pas changé l'objet de leur action.

L'article 41 de la proposition Vallat, soit à la Chambre des Députés, soit au Sénat, prévoit que le Conseil de l'Ordre veille au maintien chez tous les membres de l'Ordre des principes de *probité* et de *dévouement* ainsi qu'à l'*observation des devoirs professionnels*.

Les rapporteurs ont pris soin d'établir minutieusement les différences entre le Syndicat et l'Ordre au point de vue objet, caractère et sanctions et M. le Docteur Gadaud insistait sur la nécessaire dualité des deux institutions. Le contrôle technique des assurances sociales, disait-il, doit rester au syndicat. L'Ordre et le syndicat peuvent parfaitement coexister comme coexistent l'Ordre des Avocats et l'Association nationale des Avocats inscrits, chacun dans son domaine propre. Les deux institutions se compléteront sans se nuire et développeront parallèlement leur action avec leur caractère particulier.

(19) *Bulletin de la S. E. L.* Séance du 23 mai 1930, p. 192 et sq.

Une critique formulée assez fréquemment dans les milieux médicaux est la suivante : on parle de dichotomie dans la profession médicale. Elle existe indiscutablement. Mais la chose existe aussi sous un autre nom chez les avocats qui sont pourtant dotés d'un Conseil de l'Ordre disciplinaire ! Prunier dans sa thèse, puis le Docteur Boudin ont repris l'argument.

Chaque profession possède certainement des brebis galeuses. Il n'en est pas moins vrai que les règlements intérieurs des Ordres d'avocats sont très stricts, interdisant tout maniement de sommes d'argent à leurs membres et quand un avoué vend sa charge pour se faire inscrire avocat, le Conseil de l'ordre se fait présenter le traité de cession pour vérifier s'il n'existe pas de clause par laquelle l'acquéreur de la charge a promis d'adresser ses clients à son vendeur, le nouvel avocat.

En admettant qu'il existe des avocats « dichotomistes » le client a la possibilité de s'en apercevoir immédiatement par le chiffre élevé de la provision lorsqu'il a été adressé à l'avocat par tel ou tel. Il lui est parfaitement possible de porter sa cause ailleurs. Si l'intuitus personæ joue un rôle dans le choix d'un avocat, il n'atteint jamais le degré auquel il parvient dans le choix d'un médecin. L'état d'esprit d'un plaideur et celui d'un malade sont entièrement différents. Rarement un plaideur se trouvera diminué ou totalement démoralisé. Il est d'ailleurs beaucoup mieux protégé. Il peut demander l'avis de son avoué dont il n'a pas à redouter la cupidité puisque, dans les cas où son ministère est obligatoire, la loi a pris soin de fixer le salaire qui lui est dû par tarif avec taxe par le juge. Il peut encore demander conseil et assistance aux mem-

bres des tribunaux : parquet ou président du Tribunal. Certains plaideurs ne s'en font pas faute. En résumé les cas de partage clandestin des honoraires dans la profession d'avocat sont exceptionnels en raison des règlements écrits de l'ordre, de la conviction élevée de ses membres dans l'objet de leur profession et du mode d'honoraires sous forme de provision qui permet au client de conserver tout droit de contrôle et de libre discussion.

L'Ordre tel qu'il est défini dans la proposition de loi Vallat suffira-t-il à lui seul à faire disparaître la dichotomie ? L'existence du Code de déontologie prévu par la loi et contenu dans le règlement d'administration publique prendra le caractère d'une loi vis-à-vis des médecins. Il sera porté à la connaissance de tous. Le fait de connaître des règles nettement définies commencera déjà à éclairer certains « pécheurs par ignorance ». Mais l'action de l'Ordre ne sera vraiment efficace que si le Code de déontologie est accompagné d'un tarif professionnel qui mette les choses au point de façon définitive. C'est la question qu'il nous faut maintenant examiner.

SECTION III

La réfection des tarifs

Le législateur est tenté lorsqu'il institue un monopole d'en régler les conditions d'exercice afin d'éviter les abus possibles du ou des monopoleurs. On peut considérer le médecin diplômé comme titulaire d'un monopole légal pour le soin des malades. La loi en

effet prend soin de réprimer pénalement l'exercice illégal de l'art médical. En vérité le monopole existe plutôt au profit de la profession qu'en faveur de tel médecin particulier. S'inspirant de ces idées, M. Hervé de Saisy, sénateur, au moment de la délibération sur la future loi organique du 30 novembre 1892, demandait l'établissement d'un tarif en face de la création du monopole. Le rapporteur de la loi, M. Cornil, fit rejeter l'amendement Hervé de Saisy en raison de la difficulté à confectionner un tarif unique avec minimum et maximum et aussi en raison des différences de qualités des clients, des médecins et des localités d'exercice. Et il indiquait au Sénat que les Tribunaux suffisaient pour trancher les conflits d'honoraires quand il s'en produirait.

Il est certain qu'un tarif unique promulgué sous forme de décret par l'Etat n'est pas souhaitable. S'il eut été possible en 1892, il ne l'est plus aujourd'hui. Il existe bien des tarifs en matière de médecine sociale (loi sur les accidents du travail, loi sur les pensions, loi sur les assurances sociales), mais ce sont des tarifs sous forme de Conventions qui résultent des délibérations entre les syndicats médicaux et les organismes intéressés (Compagnies d'assurances, Caisses d'assurances sociales).

Il existe aussi au moins théoriquement des tarifs dits syndicaux, que les syndicats ont élaborés pour la médecine privée. En réalité ils sont très rarement appliqués par les praticiens. Nous souhaitons qu'à la suite du vote de l'Ordre des Médecins intervienne un règlement d'administration publique contenant un Code officiel de Déontologie, unifié, ainsi que le tarif sous une forme quelconque (minimum et maximum, par catégo-

rie de clientèle, peu importe), présentant la souplesse désirable. Ce tarif résulterait de délibérations entre syndicats et Ordre. Ces deux institutions au lieu de s'opposer seraient amenées à collaborer. La commission compétente de la Confédération et une commission composée de membres des Conseils de l'Ordre élaboreraient le tarif : médical et chirurgical. Elles s'occuperait spécialement du montant et du mode de règlement des honoraires en matière de collaboration médico-médicale ou médico-chirurgicale.

En ce qui concerne la part d'honoraires que doit recevoir le médecin traitant qui a provoqué l'appel d'un consultant ou pris sa part de responsabilité dans la décision chirurgicale par une collaboration effective, l'union de ces deux Commissions paraît éminemment utile, l'une représentant l'intérêt du médecin, l'autre l'intérêt du malade.

C'est alors que les médecins, s'ils se jugent mal partagés dans l'acte médico-chirurgical, pourront faire valoir et reconnaître leurs droits. Tous les cas d'assistance, d'aide, de simple représentation de la famille, de résolution opératoire l'imprévue et grave, seront évalués. Nous tenons à cet endroit à prendre parti sur les bases d'évaluation : la part revenant au médecin traitant dans l'acte médico-chirurgical ou la consultation ne saurait être proportionnelle à celle de l'opérateur ou du consultant. Il existe en effet des éléments propres à ces derniers, sans relativité avec la créance du médecin traitant. C'est d'abord la notoriété scientifique du chirurgien ou du consultant appelé : supposons que sur une opération d'appendicite effectuée sur un client modeste et fixée à 500 francs, le médecin traitant reçoive un quart, soit 125 francs. Suppo-

sons qu'un professeur agrégé estime devoir demander de par ses mérites personnels 3.000 francs. Pourquoi faut-il que le médecin traitant reçoive 750 francs et non plus 125 francs ? Quel rapport peut avoir le mérite du chirurgien avec celui du traitant ?

Ce sont aussi la distance qu'a pu parcourir le chirurgien ou le consultant ainsi que le temps perdu.

La proportion des honoraires du médecin traitant doit être en fonction du *service rendu*. Tout au plus et sous cette condition, pourrait-on lui accorder une fraction de l'honoraire prévu au tarif chirurgical minimum ou de la dernière catégorie. Nous préférierions selon l'idée émise par le Professeur Brouardel à la Société des Prisons lors de la discussion sur le projet de loi de l'Ordre des Médecins, l'existence de coefficients par rapport à un chiffre de base : celui de la consultation, et sans relativité avec les honoraires du chirurgien ou des médecins consultants.

Le tarif élaboré, il conviendrait d'en régler l'application : c'est la question de la présentation de la note d'honoraires. L'Ordre ici va jouer un rôle important. Dans le Code de Déontologie serait inscrit le principe de la note séparée ou de la note commune avec *indication obligatoire* des parts respectives de l'opérateur ou du consultant et du traitant. L'Ordre ferait imprimer le tableau de ses membres qui devrait être obligatoirement affiché dans tout Cabinet de médecin. Sur ce tableau et sous le contrôle des membres du Conseil on insérerait en caractères apparents les principes déontologiques de la note commune avec indication de parts ou de la note séparée aux cas de collaboration médico-médicale ou médico-chirurgicale.

Cette publicité permettrait rapidement au client de

recouvrer son droit essentiel de contrôle et de libre discussion. Mesure suffisante à son égard qui lui donnerait le moyen d'exiger, s'il le désire, une justification des notes par le tarif.

L'existence d'un tarif chirurgical et médical est avantageux non seulement pour le client, mais aussi pour le chirurgien. Ses actes tarifés ne lui permettraient plus de retrancher éventuellement une portion de ses honoraires pour soumissionner au rabais. La concurrence déloyale entre chirurgiens serait supprimée et le Corps chirurgical prêterait son appui total par une observation rigoureuse du tarif, trop heureux de saisir cette occasion pour refuser toute demande excédentaire de la part du médecin traitant. Bienfait enfin pour le médecin lui-même qui y trouverait la liberté vraie du choix de l'opérateur qualifié : le chirurgien Y ne risquerait plus de lui donner quelque chose de plus que le chirurgien X.

La nécessité d'un tarif a été révélée depuis longtemps. En 1908 l'Information Médicale avait ouvert une enquête sur la dichotomie et parmi les réponses reçues, plusieurs lettres de praticiens réclamaient le tarif du chirurgien.

Les maîtres de Déontologie sont aussi de cet avis : Lereboullet déclarait : « Je crois donc qu'il est équitable et nécessaire que tous les actes médicaux soient tarifés partout de telle façon, que le médecin traitant reçoive une part des honoraires affectés au traitement médical ou chirurgical. Mais pour éviter les marchandages et les abus qui feraient appeler comme consultant le chirurgien ou le médecin qui offrira la remise la plus importante et non celui qui sera le plus qualifié par son savoir et son habileté, il importe que le taux

relatif des honoraires du médecin consultant et du médecin traitant soit équitablement fixé et connu de tous ».

Le Gendre disait que la fixité et l'immutabilité de la part du médecin traitant formerait le public. La présentation des statuts professionnels au client protestataire l'obligerait à convenir de l'exactitude de la demande.

Alors il n'y aurait plus *partage clandestin* mais seulement honoraires légitimement dus à chacun des médecins et réclamés ouvertement à la famille. Si le médecin estime par la création du tarif professionnel avoir perdu un peu de sa souveraineté, l'augmentation de la confiance du client compensera largement cette petite perte.

Ainsi seraient sauvegardés la nature et le caractère de la profession médicale. Certains cependant n'ont même plus confiance en la profession et ont voulu chercher en dehors d'elle des remèdes radicaux à l'esprit de lucre prépondérant. Quelle est la valeur de ces remèdes ?

Nous allons essayer de l'analyser rapidement

CHAPITRE III

LE REMEDE EN DEHORS DE LA PROFESSION

Tour à tour on a parlé de socialisation de la médecine et de médecine collective. Certains ont confondu avec trop de facilité la médecine fonctionnarisée avec la médecine salariée. Il faut bien convenir que la médecine n'échappe pas à l'évolution économique. Si dans l'ordre économique, à un moment donné, l'artisan a disparu pour faire place à l'usine, de son côté, la médecine a été conduite par les progrès de la science à une division du travail toujours plus grande, à une spécialisation plus poussée et à une diffusion constamment élargie. La médecine collective est apparue. En outre à la médecine curative d'antan on substitue chaque jour une médecine préventive. Aux attributions normales de l'Etat on a pensé ajouter celle de la prestation des soins aux malades. Examinons par quelques exemples le résultat auquel on aboutirait.

La *fonctionnarisation* complète se présente à peu près sous cet aspect : d'un côté le public qui paie un impôt annuel pour le service public de la santé, de l'autre le corps médical rétribué par l'Etat et assurant ses services gratuitement aux particuliers. Au premier abord le système est séduisant : pour une somme relativement modique le malade attend la maladie d'un

cœur serein, le médecin est assuré d'un honorable traitement. Que va-t-il arriver ? L'uniformité du système veut que les prestations soient identiques de la part de tous les médecins. Dans la réalité certains médecins seront pourvus de qualités professionnelles supérieures à celles de leurs collègues. Rapidement le public discernera leur valeur et ces praticiens seront surmenés tandis que leurs confrères pourront vivre plus paisiblement à traitement égal.

S'apercevant de ces inégalités naturelles, l'Etat pourra vouloir les corriger par un aspect de la contrainte : la suppression du libre choix ; il y aura un médecin doté d'un ressort bien déterminé. Les individus toléreront difficilement cette méthode et ils s'efforceront par la ruse ou par quelques supercheries d'arriver à choisir le praticien qui leur convient.

Certains Etats (Allemagne) ont laissé le principe de l'individualisme, mais il est fortement balancé par des exceptions menaçantes : nécessité de l'autorisation individuelle du Ministre de l'Intérieur sur présentation de la Chambre des médecins, subordination de cette autorisation à la pureté de la race, honoraires maxima fixés par l'Etat.

Le système de la fonctionnarisation totale présente l'immense inconvénient de méconnaître absolument les deux ressorts du zèle infatigable d'un médecin : la vocation puissante et l'intérêt pécuniaire⁽¹⁾. La nécessité du profit s'impose si l'on désire un résultat optimum. Sans accepter le profit illimité, abusif, d'une médecine inorganisée on peut admettre un profit légi-

(1) LE GENDRE. Diversité des rôles sociaux du Médecin. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, octobre 1933, p. 685.

time dont les éléments seront débattus dans le cadre professionnel. Il est certainement préférable de s'imposer à soi-même une restriction que de se la voir imposer. Il est de l'intérêt du malade de s'efforcer de comprendre que tout service se paye et que le prix de certains services a été précisément dénommé honoraire pour marquer qu'il honore celui qui le reçoit comme celui qui le donne.

L'inaptitude de l'Etat se manifeste encore et plus dangereusement dans un essai de système répressif. A supposer d'abord que puisse exister un corps de contrôleurs compétents ou incompétents, la dichotomie n'en serait que plus secrète. Et si le contrôleur se faisait tracassier, le médecin risquerait de perdre encore sa liberté de diagnostic, en hésitant à poser un diagnostic médical nécessaire.

CONCLUSION

Parvenu au terme de notre étude, nous voulons dissiper certains doutes qui auraient pu naître sur notre désir de constituer à travers l'Ordre des Médecins une véritable corporation. Pas plus que l'Ordre des Avocats, l'Ordre des Médecins ne serait une corporation. Jamais l'Ordre des Avocats ne fut confondu avec une corporation. La meilleure preuve en est que dix années après la Révolution, alors que toutes les corporations demeuraient abolies par la Loi Le Chapelier, l'Ordre des Avocats reparut. Comme l'exprimait l'éminent rapporteur le Dr Gadaud, au Sénat : jamais la Commission d'hygiène n'a pensé en faire un Tribunal scientifique. « Pour elle, un ordre des médecins doit avoir pour rôle à peu près exclusif, peut-on dire, d'instituer une juridiction professionnelle et de maintenir les traditions d'honneur et de probité professionnels et enfin, le cas échéant, d'appliquer certaines sanctions. »

En raison même de la nature de la Dichotomie, de ses deux caractères spécifiques : clandestinité, absence de services rendus, l'Ordre disciplinaire doit régner dans la profession médicale. Georges Renard a écrit : « La profession médicale ne peut-être compatible avec l'ordre policier, difficilement avec l'ordre légal. Actuellement y règne l'ordre moral, c'est-à-dire la conscience. Il doit y régner l'ordre disciplinaire. » ⁽¹⁾ L'or-

(1) Le droit de la profession pharmaceutique.

dre judiciaire ne peut intervenir qu'exceptionnellement. Lorsqu'il intervient, il est à noter que la solution de droit qu'il proclame est identique aux règles immuables de la morale professionnelle. Résultat louable et réconfortant qui permet de temps à autre de munir de sanctions effectives les devoirs moraux. Assurément, le législateur sera amené à établir immédiatement un Code de déontologie qui ne saurait se concevoir sans Conseil de l'Ordre pas plus qu'un Conseil d'Ordre sans Code de Déontologie. Il n'aura que l'embarras du choix. Pour ce qui nous concerne, les principes énoncés au Code de la Confédération sont en partie suffisants.

Ainsi l'article 51, premier alinéa : « La participation du médecin traitant aux honoraires dûs pour une intervention ne doit en aucun cas dépasser l'équitable rémunération de sa *collaboration effective*. » Rien de plus parfait comme rédaction.

En y ajoutant l'obligation ou de la note séparée ou de la note commune avec indication de parts et la publicité nécessaire pour porter à la connaissance du public ces modes de présentation, ce texte pourrait être l'objet des délibérations des Commissions. Grâce à ces modes de présentations, les médecins seraient à l'abri d'accusations générales, injustes par cela même, parfois intéressées.

L'enseignement de la Déontologie pendant les deux premières années de Faculté, conformément au vœu de l'Académie, aurait une heureuse influence en ce qu'elle préparerait les étudiants à devenir des médecins honnêtes et consciencieux.

Rapidement le public sera mis au courant. Il pren-

dra en considération le droit des médecins étayé sur une déontologie dont il bénéficiera.

Et alors pourraient se concilier le raisonnement froid, la logique pure et simple avec l'écho de la vie dans ses manifestations parfois tragiques et douloureuses.

Vu :

Lyon, le 5 Octobre 1937.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

P. ROUBIER.

Vu :

Lyon, le 5 Octobre 1937.

POUR LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

P. ROUBIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Octobre 1937.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

APPENDICE

PROPOSITION DE LOI AYANT POUR BUT DE MODIFIER ET DE COMPLÉTER LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892, EN CE QUI CONCERNE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Texte de la Chambre des Députés

ART. 1^{er}. — L'article premier de la Loi du 30 Novembre 1892 est complété par les dispositions suivantes qui prendront place entre le premier et le deuxième alinéa du dit article : « Le docteur en médecine doit en outre être inscrit à l'un des ordres des médecins institués par l'article 37 ci-après ou avoir fait sa demande d'inscription. Toutefois aucune modification n'est apportée sous ce rapport à la situation des docteurs en médecine appartenant au cadre actif du service de santé des armées de terre, de mer ou de l'air. »

ART. 2. — Il est ajouté à l'article 16 de la Loi du 30 novembre 1892, un alinéa 4^o ainsi conçu :

4^o Tout docteur en médecine qui exerce la médecine sans être inscrit au tableau d'un ordre des médecins ou pendant la durée de la peine de l'interdiction temporaire.

Texte du Sénat

ART. 1^o. — Sous réserve des dispositions de la loi du 21 avril 1933...

ART. 2^o. — Les articles 6, 10, 16 de la loi du 30 novembre 1892 sont modifiés ainsi qu'il suit : « Cette autorisation délivrée par le préfet du département sur l'avis de l'Ordre des médecins de ce département est limitée à trois mois ». Art. 10 : « Il est inséré entre les paragraphes 1^o et 2^o, un paragraphe ainsi conçu : en outre, en ce qui concerne les médecins, cette liste porte la date de leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins, sauf en ce qui concerne les médecins du cadre actif des services de santé des armées de terre, de mer ou de l'air ». Art. 16 : « Il est ajouté à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, un alinéa 2^o ainsi conçu : 4^o Tout docteur en mé-

decine qui, les deux mois de sa demande d'inscription exceptés, exerce la médecine sans être inscrit au tableau d'un ordre des médecins, ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue aux art. 25 et 43 ci-après ».

ART. 3. — Il est ajouté à la Loi du 30 novembre 1892, un titre VII intitulé « Ordre des Médecins » et comprenant les articles suivants :

ART. 3°. — Les deux premiers alinéas sans changement.

ART. 37. — Les docteurs en médecine qui exercent dans un département forment un ordre des médecins ayant son siège au chef-lieu de département.

Ils sont inscrits dans les formes indiquées ci-après sur un tableau établi et tenu à jour au sein de l'ordre et qui est déposé à la Préfecture ainsi qu'au Parquet du Procureur Général. Ce tableau sera tenu à jour au commencement de chaque année pour être déposé aux Archives de la Préfecture et publié conformément à l'article 10 ci-dessus.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il n'est muni du diplôme prescrit par l'article 1^{er} et s'il ne doit pas exercer la profession médicale principalement dans le ressort de l'Ordre. Un médecin ne peut faire partie que d'un seul Ordre.

ART. 37. — Al. 3 : A dater de la promulgation de la présente loi, nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il n'est muni du diplôme prescrit par l'art. 1^o et s'il n'a pas prêté lors de la soutenance de sa thèse le serment de respecter les règles du *code des devoirs professionnels*. Un médecin ne peut faire partie que d'un seul ordre, celui du département où se trouve son principal établissement professionnel.

ART. 38. — Pour la première formation du tableau, y seront portés de droit tous les médecins inscrits à la liste départementale actuellement dressée conformément à l'article 10 ci-dessus. Ce tableau sera établi en suivant l'ordre d'ancienneté d'inscription sur lesdites listes dans les deux mois de la promulgation de la loi instituant les ordres de médecins par les soins du préfet.

Tout médecin qui n'aurait pas été inscrit d'office aura le droit d'adresser une demande au préfet qui sera tenu de réparer l'omission.

ART. 38. — Sans changement.

ART. 39. — Chaque ordre des médecins est administré par un *Président* assisté d'un Conseil qui est composé de six membres jusqu'au nombre de 30 médecins inscrits, de 9 si le nombre des inscrits est de 31 à 100, de 15 s'il

ART. 39. — Les trois premiers alinéas sans changement.

Al. 4) Le procès-verbal de l'élection est notifié aussitôt au Procureur Général et au Préfet du département. Sont seuls éligibles : à la présidence de l'Ordre, un

est supérieur à 100, de 24 pour l'ordre ayant son siège à Paris.

Les membres du Conseil et le Président de l'Ordre, en premier lieu, et par scrutin séparé, seront élus à la majorité par l'Assemblée Générale des médecins inscrits au Tableau depuis trois ans au moins. Cette assemblée se réunira chaque fois qu'il y aura lieu de procéder à une élection, à l'époque et dans les conditions fixées par le règlement intérieur de l'Ordre.

L'élection est faite à la majorité absolue des membres présents ou ayant voté par correspondance.

Sont seuls éligibles : à la présidence de l'Ordre, un médecin ayant précédemment fait partie d'un Conseil pendant trois ans ; comme membres du Conseil, les membres inscrits au tableau depuis trois ans et âgés de trente-cinq ans révolus.

La première Assemblée Générale sera réunie par les soins du Préfet dans le mois qui suivra l'établissement du tableau. Le Préfet convoquera au siège de l'Ordre tous les médecins inscrits et comportant au moins trois ans d'exercice de la profession à l'effet d'élire le Président et les membres du Conseil. Pour cette élection, les membres du Conseil devront compter au moins trois ans d'exercice et trente-cinq ans d'âge. Le Président, six ans d'exercice médical et quarante ans d'âge. Le Président et les membres du Conseil sont élus pour trois ans, le Conseil se renouvelant par tiers chaque année. Pour les deux premières années de l'institution de l'Ordre, les séries des membres sortants seront désignés par le sort.

Le Président de l'Ordre et les membres du Conseil sont rééligibles. Les élections peuvent être déferées à la juridiction supérieure instituée par l'article 46 ci-après, par les médecins ayant droit de vote et par le Procureur Général, de la date à laquelle le procès-verbal de l'élection lui a été notifié par le Président de l'Ordre.

ART. 40. — Le Conseil de l'Ordre statue sur les demandes d'inscription au tableau dans les deux mois à compter de la réception de la demande accompagnée du diplôme de docteur en médecine et de l'extrait du casier judiciaire du requérant. Si celui-ci a

médecin ayant précédemment fait partie d'un Conseil pendant trois ans ; comme membres du Conseil, les membres inscrits au tableau depuis six ans, âgés de 35 ans révolus et ayant la nationalité française.

Al. 7, dernière phrase : Pour cette élection, les membres du Conseil devront compter au moins six ans d'exercice de la médecine et 35 ans d'âge...

ART. 40. — Le Conseil de l'Ordre statue sur les demandes d'inscriptions au Tableau dans les deux mois à compter de la réception de la demande accompagnée du diplôme de Docteur en Médecine et de l'extrait du casier judiciaire du

précédemment appartenu à un autre Ordre, le Président de cet Ordre sera tenu de fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles le candidat aura exercé sa profession. Le délai de deux mois pourra être prolongé quand il y aura lieu de demander des renseignements hors de la France continentale. L'intéressé en sera en ce cas avisé.

Dans la semaine qui suivra le délai imparti ci-dessus, la décision du Conseil sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé, lequel pourra en cas de refus d'inscription, la déférer à la juridiction supérieure dans le délai de deux mois à compter de la notification.

ART. 41. — Le Conseil de l'Ordre veille au maintien chez tous les membres de l'Ordre des principes de *probité et de dévouement* ainsi qu'à l'*observation des devoirs professionnels*.

Il s'occupe des questions intéressant l'exercice de la profession de médecin, notamment en ce qui concerne la défense de l'honneur, de l'indépendance et des prérogatives de l'Ordre.

Il gère les biens de l'Ordre et peut créer ou subventionner les œuvres intéressant la profession médicale ainsi que des caisses de secours pour ses membres.

Il autorise le Président de l'Ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs faits à l'Ordre, à transiger, à compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts.

Aucune personne en dehors de ses membres n'assiste aux délibérations du Conseil. Ils pourront toutefois se faire assister d'un Conseil juridique.

ART. 42. — Le Président représente l'Ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses attributions à un ou plusieurs membres du Conseil.

requérant. Durant ces deux mois le médecin peut exercer.

Si celui-ci a précédemment appartenu à un autre Ordre, le Président de cet Ordre sera tenu de fournir les renseignements sur les conditions dans lesquelles le candidat aura exercé sa profession. Le délai de deux mois pourra être prolongé quand il y aura lieu de demander des renseignements hors de la France continentale. L'intéressé en sera, en ce cas, avisé.

Dans la semaine qui suivra le délai imparti ci-dessus, la décision du Conseil sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé, lequel pourra, en cas de refus d'inscription, la déférer à la Cour d'Appel du ressort dans le délai de deux mois à dater de la notification. Chaque inscription au tableau sera notifiée sans délai au Préfet du département.

ART. 41. — Les deux premiers alinéas sans changement.

Alinéa 3 : En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre.

Alinéa 3 du texte de la Chambre supprimé.

Alinéa 5: Il fixe le chiffre de la cotisation annuelle à payer par les médecins inscrits au tableau.

La fonction de membre du Conseil de l'Ordre est gratuite.

ART. 42. — Sans changement.

ART. 43. — Le Conseil de l'Ordre siégeant comme conseil de discipline, applique s'il y a lieu les peines disciplinaires qui sont :

— l'avertissement, la réprimande, l'interdiction temporaire, laquelle ne peut excéder une année, la radiation du tableau de l'Ordre.

L'avertissement, la réprimande ou l'interdiction temporaire peuvent comporter, en outre, la privation ordonnée par la même décision du droit de faire partie du Conseil pendant une durée n'excédant pas dix ans.

Le médecin radié ne peut se faire inscrire au tableau d'un autre Ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des conseils des autres ordres.

ART. 43. — Le Conseil de l'Ordre départemental *n'a pas le pouvoir de juridiction*. Il introduit l'instance et saisit aux fins de jugement le Conseil de Discipline de l'ORDRE.

A la formation de ce Conseil de Discipline de l'Ordre, qui est la *juridiction de première instance*, concourent dans les proportions ci-dessous indiquées les *Conseils de l'Ordre de plusieurs départements voisins*. Les départements voisins groupés pour constituer un Conseil de Discipline doivent appartenir au même ressort de Cour d'Appel. Suivant les ressorts, un groupe comprend deux ou trois départements.

Le Conseil de Discipline est commun à ces deux ou à ces trois départements. Il a son siège au chef-lieu le plus important.

Pour le former, chaque Conseil de l'Ordre départemental désigne, lorsque deux départements sont groupés, son Président et trois Conseillers. Lorsque trois départements sont groupés, son Président et deux Conseillers. Lorsque le département constitue à lui seul le ressort d'appel, le Conseil de l'Ordre siège tout entier comme Conseil de Discipline. Le nombre des juges du Conseil de Discipline sera donc :

pour deux départements groupés : 7 ;

pour trois départements groupés : 9.

Le Conseil de Discipline est présidé par le plus ancien ou, si l'ancienneté est la même, par le plus âgé des Présidents des Conseils de l'Ordre des départements auxquels n'appartient pas l'inculpé.

Il applique, s'il y a lieu, les peines disciplinaires, qui sont :

L'avertissement, la réprimande, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales; l'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction temporaire ne pouvant excéder une année; la radiation du tableau de l'Ordre.

Les deux premières de ces peines comportent en outre la privation du droit de faire partie du Conseil départemental ou régional

pendant une durée de trois ans; les deux suivantes pendant une durée de six ans.

Le médecin radié ne peut se faire inscrire au tableau d'un autre Ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des Conseils des autres Ordres.

Art. 44. — Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé avec un délai de quinzaine pour comparaître.

Si le médecin est domicilié en dehors de la circonscription de l'Ordre où il exerce principalement sa profession, les délais de comparution et de notification prévus par le présent article et les articles suivants seront fixés conformément aux articles 73 et 1033 du Code de Procédure civile, modifié par la loi du 13 mars 1922.

Le médecin inculpé peut se faire assister d'un défenseur choisi parmi les médecins et les avocats inscrits à un Barreau. Il peut exercer devant le Conseil de Discipline de même que devant la juridiction d'appel le droit de récusation dans les conditions de l'article 578 du Code de Procédure Civile.

Les décisions des Conseils de Discipline doivent être motivées. Elles sont notifiées par le Président de l'Ordre au médecin qui en a été l'objet dans les dix jours. Elles sont communiquées dans le même délai au Procureur Général lorsque le Conseil de Discipline a été saisi par le Parquet. Dans les autres cas, sont seules transmises au Procureur Général, après qu'elles sont devenues définitives, les décisions prononçant la peine de l'interdiction ou de la radiation. Le Parquet en informe le Préfet, qui en fait la mention sur la liste déposée dans ses bureaux.

Art. 45. — Si la décision a été rendue sans que le médecin inculpé ait comparu ou se soit fait représenter, l'intéressé peut former opposition dans le délai de cinq jours à compter de la notification faite à sa personne par lettre recommandée ou, si la notification n'a pas été faite à personne, dans les trente jours à par-

ART. 44. — Sans changement.

ART. 45. — Sans changement.

tir de la notification à domicile et par ministère d'huissier. L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat du Conseil qui en donne récépissé.

ART. 46. — Le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif. Le même droit appartient au Doyen de la Faculté de Médecine du ressort de la Cour d'Appel.

Cet acte est porté devant le Conseil Régional, composé de :

- 1) deux Conseillers à la Cour d'Appel ayant voix délibérative désignés par le premier Président, l'un d'eux faisant fonction de Président ;
- 2) Cinq membres médecins *élus* pour six ans au scrutin *majoritaire* par tous les médecins électeurs du ressort de la Cour. Sont éligibles les médecins ayant fait partie d'un Conseil Départemental de l'Ordre pendant trois ans au moins.

Les trois fonctions de Conseiller régional sont incompatibles avec celles de Conseiller départemental.

L'appel est introduit par une déclaration au Greffe de la Cour d'Appel. Cette déclaration doit être faite par le Procureur Général dans les trente jours de la décision, et par le médecin ou l'intéressé dans les *dix jours* de la notification qui lui a été donnée ou en cas de décision par défaut dans les dix jours qui suivent l'expiration du délai d'opposition.

Les décisions rendues par la Cour d'Appel ne sont susceptibles de recours que devant la Cour de Cassation, dans les conditions de droit commun.

ART. 47. — L'exercice de l'action disciplinaire sus-indiquée ne met pas obstacle aux poursuites que le Ministère Public ou les particuliers se croient fondés à intenter devant les Tribunaux de

ART. 46. — Le médecin a toujours le droit de former un appel dont l'effet est suspensif. Le même droit appartient au doyen de la Faculté de Médecine ou au Directeur de l'école de plein exercice du ressort de la Cour d'Appel, ainsi qu'au Procureur Général. Cet appel est porté devant un Conseil régional composé de

- 1° Trois Conseillers à la Cour d'Appel en exercice ou honoraires ayant voix délibérative, désignés par le premier Président, l'un d'eux faisant fonction de Président et ayant voix prépondérante au cas de partage des voix ;

- 2° Trois médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la Cour. Sont éligibles les médecins ayant fait partie d'un Conseil départemental de l'Ordre pendant trois ans au moins.

Durant les trois premières années de l'application de la loi, seront éligibles les médecins ayant six années d'exercice et quarante ans d'âge.

Les fonctions de Conseiller régional sont incompatibles avec celles de Conseiller départemental.

L'appel est introduit par une déclaration au greffe de la Cour d'Appel. Cette déclaration doit être faite par le Doyen de la Faculté, par le Directeur de l'Ecole de Médecine de plein exercice du ressort judiciaire ou par le Procureur Général dans les trente jours de la décision et par le médecin ou l'intéressé dans les dix jours de la notification qui lui a été donnée ou, en cas de décision par défaut, dans les dix jours suivant l'expiration du délai d'opposition.

ART. 47. — Sans changement.

répression dans les termes du droit commun, ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit.

Art. 48. — Après qu'un intervalle de cinq ans au moins se sera écoulé depuis une condamnation définitive à la radiation du tableau, le médecin frappé de cette peine pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision du Conseil de Discipline qui a prononcé la condamnation. La demande sera formée par une requête adressée au Président de l'Ordre.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de cinq années.

Dans le cas où la radiation du Tableau serait la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive en exécution de l'article 25 de la présente loi, la demande en relèvement ne sera recevable qu'autant que la condamnation pénale aura été effacée par une loi d'amnistie, un arrêt de révision ou en vertu de la loi du 25 mars 1891, aucune condition de délai ne sera en ce cas exigée pour l'introduction de la première demande en relèvement. Mais si cette demande est rejetée au fond, les recours subséquents seront subordonnés au délai de cinq ans.

ART. 49. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application du présent titre, notamment en ce qui concerne l'établissement du règlement intérieur, qui devra être arrêté pour chaque ordre, la composition du bureau électoral, les modalités du vote par correspondance, le nombre de membres que devra réunir le Conseil pour prendre les décisions ou statuer disciplinairement, le remplacement du Président et des membres en cas de décès ou de démission, ainsi que la création ou l'emploi des ressources des ordres des médecins.

ART. 50. — La présente loi est applicable à l'Algérie. Elle pourra être étendue par voie de règlements d'administration publique et sous réserves des modifications nécessaires aux différentes colonies.

ART. 48. — Après qu'un intervalle de *trois ans*...

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Même délai de trois ans pour une demande de réintégration après radiation.

ART. 49. — Les mots : « ou statuer disciplinairement » sont effacés du texte du Sénat.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages juridiques ou médicaux

Actes du Congrès Médical de France, 1845 (Rapport de la Commission n° 9).

BEUDANT. — Cours de Droit civil français, T. VIII, 2^e édit. 1936.

BONNECASSE. — Le Droit disciplinaire dans la profession médicale 1930.

CAPITANT. — De la cause des obligations, 2^e édit., 1924.

CHAUVELON. — Un crime dichotomique, 1926.

Compte-Rendu du Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale par le Dr Glover, 1900.

DECHAMBRE. — Le Médecin, 1883.

DEMOGUE. — Traité des Obligations, T. II.

DOUBLET et LETOURNEUR. — Code du Médecin 1937.

HÉMARD. — Théorie et pratique des nullités des sociétés et des sociétés de fait, 2^e édit. 1926.

HUBERT. — Le devoir du médecin.

JOSSERAND. — Cours de Droit civil positif français. 2^e édit., 1933.

LAROMBIÈRE. — Théorie et pratique des Obligations, T. I.

LEGENDRE et RIBADEAU-DUMAS. — Déontologie et Jurisprudence médicale, 1920.

OKINCZYC. — L'Ordre des médecins et le Code de Déontologie médicale, 1924.

PLANIOL et RIPERT. — Traité pratique de Droit Civil français, T. VI, édit. 1930.

- PERREAU (E. H.). — *Eléments de Jurisprudence Médicale*, 1908.
- RENARD. — *Droit de la profession pharmaceutique*, 1928.
- RIST, OKINCZYC, SERGENT, BOSC, MAURIAC. — *La Dichotomie* (Recueil de conférences faites et publiées par la Ligue Médicale contre la Dichotomie, 70, rue Madame, Paris, 6^e).
- VERGER. — *Précis de Déontologie Médicale*, 1921.

II. — Articles de Revues

- L'Année Médicale*, Juin 1908 (Dr Charbonnier). *La Dichotomie*.
- Bulletin de l'Académie de Médecine*, Avril-Juin-Octobre 1929 (Discussions sur l'Ordre des Médecins).
- Bulletin officiel du Syndicat des Médecins du Rhône*, Février 1934.
- Bulletin de la Fédération Nationale des Syndicats Médicaux*, Octobre 1928 (Rapport Billaud sur le Code de Déontologie).
- Bulletin de la Société d'Etudes Législatives*, 23 Mai 1930. (Discussion du projet de Loi sur l'Ordre des Médecins).
- Bulletin du Syndicat des Chirurgiens Français*, Novembre 1928 (Rapport des praticiens généraux et des chirurgiens dans l'exercice de leur profession).
- Bulletin du Syndicat Médical de la Seine* (S.M.S.), 20 Mars 1928 et 3 Avril 1928. (Le problème de la Dichotomie). Drs Hartemberg-Hornus-Le Fur-Boyer-Geoffroy.
- Bulletin de la Société Médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien*, Avril 1903. (De la Dichotomie). Drs Cl. Petit et d'Ayrenx.
- Carnet Médical français*, Juillet-Octobre-Novembre 1936.
- La Clinique*, 5 Juin 1908 et 7 Juillet 1930. (Honoraires du médecin traitant. La question de la dichotomie.)
- Comité National d'études sociales et politiques*, 7 Janvier 1929.

Concours Médical :

19 Septembre 1896. (La Dichotomie et la presse politique). Dr Cézilly.

7 Octobre 1923. (Quelques idées sur la dichotomie). Dr Guesné.

20 Avril 1924. (A propos de la dichotomie). Dr Picard.

10 Novembre 1935. (Association d'un médecin avec un hôtelier.) Dr Boudin.

13 Juillet 1930. (Le problème et les Mystères de la dichotomie), par le Dr Duchesne.

1^{er} Avril 1934. (L'Ordre des médecins. « Le pour et le contre »). Pr. Al. Pousson.

La Défense du Médecin. 15 Novembre 1936. « Pour servir à l'histoire de la dichotomie ».

Echo de l'U.S.I.C., Septembre-Octobre 1931. (Les commissions occultes devant la loi pénale). M^e Aubrun.

Gazette Médicale de France :

15 Janvier 1928. (A propos de la Dichotomie). Dr Richard.

15 Mars 1928. (Réponse au Dr Richard). Dr Okinczyc.

15 Juillet 1930. (Les mercenaires à l'assaut de la Médecine.) Dr Bosc.

Il Policlínico, année 1930. Fasc. 45. (La Dicotomia.) Pangloss.

L'Information Médicale, année 1908 et septembre 1922. (Enquête sur la dichotomie.)

Journal des Médecins praticiens de Lyon et de la région. 31 mars 1908. (Lettre du Dr X... sur l'excès des prix des chirurgiens.)

Journal des Médecins de Bordeaux. 10 Mai 1924. (A propos du fee splitting), par le Pr. René Cruchet. — 14 Mars 1909. (Combinaisons pharmaco-médicales.)

Le Médecin de France :

1^{er} Novembre 1931. Dr Aversenq (A propos d'un livre récent).

Mai 1933, numéro entièrement consacré à l'Ordre des Médecins.

Novembre 1934, L'Ordre des Médecins.

Medical Journal and Record. Vol. 128, année 1928. Golub:
the problem of fee splitting, a suggestion toward a
solution.

Paris-Médical :

29 Octobre 1927. Lockwood. (La conscience chirurgicale vue par les Américains.)

12 Mars 1932. A. Peytel. (Honoraires et Dichotomie.)

21 Octobre 1933. (La Dichotomie au XVII^e siècle ;
deux médecins du Roi, les Delorme), par le Dr
H. Gros.

Presse Médicale, 16 Septembre 1908. (Petit essai sur la
dichotomie.)

Progrès Médical, 28 Juin 1930. G. Ichok. (Faut-il combattre
la dichotomie ?)

*Revue internationale de Médecine professionnelle et so-
ciale*. Août 1933. Novembre 1933. (Enquête Y et dis-
cussion sur l'enquête Y (dichotomie à l'étranger.)

Revue Pénitentiaire et de droit Pénal. Juin-Octobre 1929.
(Discussion sur un projet de loi sur l'Ordre des Mé-
decins.)

Sezione Pratica, année 1919, fasc. 2. (La Dicotomia).
Dr Cajus.

III. — Thèses

BLANCHART. — Le droit aux honoraires dans les professions
libérales. Paris 1907.

BOUDIN. — Le Syndicalisme médical. Paris 1919.

GEORGEL (André). — Etude juridique des cliniques médi-
cales privées non gratuites. Rennes 1925.

GRAVEN (André). — Les Médecins et le Droit Civil. Etude
de Jurisprudence. Grenoble 1925.

HÉLOT (Henry). — Le droit disciplinaire dans les Professions
médicales. Paris 1921.

PRUNIER (Pierre). — Condition juridique des Médecins.
Paris 1904.

SALATS (André). — Des honoraires des médecins. Paris
1905.

VALTON (Abbé). — Un cas épineux de Déontologie : la Dichotomie. Troyes 1935.

IV. — Législation concernant la Médecine et plus spécialement l'Ordre des Médecins

Travaux préparatoires de la Loi du 30 novembre 1892.

J. O. Déb. Parl. Sénat. Séance du 1^{er} Avril 1892, n° 36
(Propositions Halgan et Buffet).

J. O. Doc. Parl. Chambre Sess. ord. 1928. Annexe 5762,
p. 939. (première séance du 7 Mars 1928).

Proposition de loi concernant l'institution d'un ordre
des Médecins et la création de Chambres médi-
cales départementales et régionales, présentée par
M. Ernest Couteaux, député.

J. O. Doc. Parl. Chambr. sess. extraordinaire 1928. An-
nexe 819, p. 182 (2^e séance du 28 novembre 1928).
Proposition de loi relative à l'institution d'un Ordre
des Médecins présentée par MM. X. Vallat, Ed.
Barthes, Braise, Bertrand d'Aramon, colonel Cal-
liès.

J. O. Doc. Parl. Chambre 2^e sess. extraord. 1929, annexe
2704, p. 598 (première séance du 28 Décembre 1929).
Proposition de loi concernant l'institution d'un ordre
des Médecins et la création de Chambres médi-
cales départementales et régionales, présentée par
M. Lefèbvre, député.

J. O. Doc. Parl. Chambre sess. ord. 1932. Annexe 6838,
p. 596 (première séance du 24 Mars 1932).
Rapport sur la Proposition de loi relative à l'institu-
tion d'un Ordre des Médecins, par M. Lecacheux,
député.

J. O. Doc. Parl. Chambre Sess. extraord. 1932, annexe
805, p. 117 (séance du 15 Novembre 1932).
Rapport sur la Proposition de loi relative à l'institu-
tion d'un Ordre des Médecins, par M. Lecacheux,
député.

J. O. Déb. Parl. Chambre 2^e séance du 9 Décembre 1932, n° 9, p. 3503.

Adoption d'une proposition de loi ayant pour but de modifier et compléter la loi du 30 Novembre 1892, en ce qui concerne l'exercice de la médecine (Institution d'un Ordre des Médecins).

J. O. Doc. Parl. Sénat Sess. Ord. 1933, annexe 511, p. 1065-1073 (Séance du 6 juillet 1933).

Rapport fait au nom de la Commission d'Hygiène chargée d'examiner la proposition de loi adoptée par la Chambre des Députés ayant pour but de modifier et compléter la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'exercice de la Médecine, par M. Gadaud, sénateur.

J. O. Déb. Parl. Sénat :

Séance du 25 Janvier 1934. N° 16, p. 80-88.

Séance du 19 Février 1934. N° 10, p. 118-121.

Séance du 16 Mars 1934. N° 28, p. 522-527.

Séance du 14 Février 1935. p. 138.

Discussion de la proposition de loi adoptée par la Chambre des Députés tendant à modifier et compléter la loi du 30 novembre 1892 en ce qui concerne l'exercice de la médecine.

J. O. Lois et Décrets. 11 Mars 1934, p. 2530 et 2531. Décret sur la réforme des Etudes Médicales du 9 Mars 1934.

